



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Do risco à prevenção de quedas no Idoso

Ana Patrícia Paulos Rento

Orientação: Professora Isaura Serra

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Do risco à prevenção de quedas no Idoso

Ana Patrícia Paulos Rento

Orientação: Professora Isaura Serra

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Título: Do risco à prevenção de quedas no Idoso

Do risco à prevenção de quedas no Idoso

Ana Patrícia Paulos Rento

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Paula Gato Rodrigues

Arguente: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Orientador: Professora Isaura da Conceição Cascalho Serra

Data:

20 de julho de 2020

“Determinação, coragem e auto-confiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

DEDICATÓRIAS

Dedico a elaboração deste Projeto ao meu Pai, que faleceu no decorrer do mesmo, o que me fez balançar e quase desistir, mas sei que ele também o queria e sei que, onde quer que esteja está muito orgulhoso de mim! Querido **Pai!**

Igualmente o dedico à minha Mãe que nunca me deixou sozinha e que juntas conseguimos remar para não irmos ao fundo... Estás sempre comigo e és a minha força! Querida **Mãe!**

“(…)

Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as situações

A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso, eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim

Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar
E sim sobre cada momento sorriso a se compartilhar
Também não é sobre correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala, parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir

(....)”

Ana Vilela (Trem-bala)



AGRADECIMENTOS

Agradeço à Enfermeira supervisora dos estágios realizados por todo o apoio, atenção, partilha e por todo o carinho demonstrado ao longo desta etapa!

Agradeço à Professora orientadora por toda a dedicação e profissionalismo!

Agradeço à minha querida Mãe pelo incentivo e motivação!

RESUMO

Introdução: As atividades desenvolvidas para a prevenção de quedas dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos da Academia Sênior no decorrer do estágio final vão ser descritas, bem como a avaliação das mesmas e a necessidade de tomada de medidas corretivas. **Método:** Projeto realizado com base na Metodologia do Planejamento em Saúde. Foram utilizados como instrumentos de colheita de dados a Escala de Morse, Escala de Classificação Internacional da Funcionalidade, o Questionário Sociodemográfico e o Questionário de saúde SF12-v2. Foram cumpridos todos os princípios deontológicos e éticos e a confidencialidade dos dados foi assegurada, sendo os dados tratados de forma anónima e apenas utilizados e analisados para fins estatísticos e académicos. **Resultados:** Evidenciaram-se como problemas prioritários ao nível do risco de quedas nas pessoas idosas o baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas e os problemas de saúde físicos que limitam a realização das suas Atividades de Vida Diárias. **Conclusão:** Verificou-se prioritária e fundamental a intervenção na capacitação dos idosos sobre a ocorrência de quedas, sobretudo com a utilização de estratégias de educação para a saúde.

Descritores: Idoso, Envelhecimento, Acidentes por quedas, Educação em Saúde

ABSTRACT

Introduction: The activities developed for the prevention of falls of the elderly aged 65 or over at the Senior Academy during the final stage will be described, as well as their evaluation and the need for corrective measures to be taken. **Method:** Project carried out based on the Health Planning Methodology. The Morse Scale, the International Functional Classification Scale, the Sociodemographic Questionnaire and the SF12-v2 Health Questionnaire were used as data collection instruments. All deontological and ethical principles were complied with and data confidentiality was ensured, the data being treated anonymously and only used and analyzed for statistical and academic purposes. **Results:** The low level of knowledge about the likelihood of falls and the physical health problems that limit the performance of their Daily Life Activities were highlighted as priority problems in the risk of falls. **Conclusion:** Intervention in the training of the elderly on the occurrence of falls was a priority and fundamental, especially with the use of health education strategies.

Descriptors: Elderly, Aging, Accidental Falls, Health Education

ÍNDICE DE ANEXOS

p.

Anexo I - Questionário SF12v2	99
Anexo II - Resposta da Coordenadora da Academia Sénior	101
Anexo III - Autorização para utilização do Questionário SF12v2	102
Anexo IV – Aprovação do Projeto Mestrado pelo IPP	103

ÍNDICE DE APÊNDICES	p.
Apêndice I - Consentimento Informado, livre e esclarecido	105
Apêndice II - Pedido de autorização para estudo à Academia Sênior	106
Apêndice III - Consentimento à Comissão Ética IPP	107
Apêndice IV - Pedido de autorização para utilização de questionário	108
Apêndice V - Questionário Sociodemográfico	109
Apêndice VI - Escala de Morse	110
Apêndice VII - Escala CIF	111
Apêndice VII – Cronograma de Atividades	113
Apêndice IX – Plano de sessão atividade 2	114
Apêndice X – Plano de sessão atividade 3	115
Apêndice XI – Plano de sessão atividade 4	116
Apêndice XII – Plano de sessão atividade 5	117
Apêndice XIII – Plano de sessão atividade 6	118
Apêndice XIV – Checklist de verificação de fatores de risco físicos no domicílio	119
Apêndice XV - Artigo Original	120

ÍNDICE DE TABELAS

p.

Tabela 1 – Divisão de medicação por grupo terapêutico	47
Tabela 2 – Descrição da Atividade 2	66
Tabela 3 – Descrição da Atividade 3	67
Tabela 4 – Descrição da Atividade 4	68
Tabela 5 – Descrição da Atividade 5	69
Tabela 6 – Descrição da Atividade 6	70
Tabela 7 – Descrição da Atividade 7	71
Tabela 8 – Custos totais do Projeto	73
Tabela 9 - Avaliação intermédia do Projeto de intervenção comunitária	74
Tabela 10 – Avaliação das atividades desenvolvidas	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS	p.
Gráfico 1- Percentagem da população por grupos etários em Portugal entre 1970-2014	19
Gráfico 2 – Pirâmides etárias em Portugal e EU 28 em 2013	21
Gráfico 3 – Distribuição dos alunos da Academia Sénior por sexo	44
Gráfico 4 – Distribuição dos idosos da Academia Sénior por idade	44
Gráfico 5 – IMC da população alvo	45
Gráfico 6 - Escolaridade dos alunos da Academia Sénior	46
Gráfico 7 – Postura no andar e nas transferências II	50
Gráfico 8 – Limitação de atividades moderadas como aspirar a casa ou deslocar uma mesa	53
Gráfico 9 - Estado físico interfere na realização das suas AVD	54
Gráfico 10 – Fizeram menos do que queriam devido ao estado físico	80
Gráfico 11 - Fizeram menos do que queriam devido ao estado emocional	80
Gráfico 12 – Postura no andar e nas transferências II	82
Gráfico 13 - Consciencialização das limitações	83

ÍNDICE DE FIGURAS

p.

Figura 1 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender 27

Figura 2 - Estatutura etária da população do concelho em 2017 34

SIGLAS E SÍMBOLOS

-  Música

ADO – Anti- diabéticos orais

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

AVD – Atividades de vida diárias

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EPS – Educação para a Saúde

ESS - Escola Superior de Saúde

GNR – Guarda Nacional Republicana

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IPP - Instituto Politécnico de Portalegre

NLI – Núcleo Local de Inserção

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UE – União Europeia

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

OCDE – Organização para a Cooperação e desenvolvimento económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPA – Programa Nacional para a Prevenção de Acidentes

% - Percentagem

ÍNDICE GERAL	p.
INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 O ENVELHECIMENTO E A OCORRÊNCIA DE QUEDAS NO IDOSO	17
1.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	24
1.3 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	26
2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	30
2.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	30
2.1.1 Caracterização do Concelho em estudo	31
2.1.2 Caracterização do local de estágio	35
2.1.3 Análise de risco e plano de ação	39
2.1.4 Considerações éticas	41
2.1.5 População alvo	42
2.1.6 Instrumentos de colheita de dados	47
2.1.7 Apresentação e análise dos dados	50
2.1.8 Diagnóstico de enfermagem	55
2.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	56
2.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	58
2.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	60
2.5 PREPARAÇÃO OPERACIONAL	64
2.5.1 Previsão de recursos	72
2.6 PLANEAMENTO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	73
3. REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	84
3.1 ENQUANTO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ECSP	84
3.2 ENQUANTO MESTRE	86
4. CONCLUSÃO	91
5. BIBLIOGRAFIA	94

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório de estágio encontra-se no âmbito da frequência do 3º Curso de Mestrado Integrado em Enfermagem em Associação com os Institutos Politécnicos de Portalegre, Beja, Castelo Branco e Setúbal e com a Universidade de Évora a decorrer nos anos 2018 a 2020, com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado no Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, com a orientação da Professora Isaura Serra - Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde e Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

O relatório descreve as atividades desenvolvidas no decorrer do projeto de intervenção comunitária desenvolvido ao longo do estágio final numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um Concelho do Norte Alentejano. Com o desenvolver do projeto evidenciaram-se como problemas prioritários ao nível do risco de quedas nas pessoas idosas o baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas e os problemas de saúde físicos que limitam a realização das suas Atividades de Vida Diárias, verificando-se prioritária a necessidade de desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária para a capacitação dos Idosos que aborde questões relacionadas com as prioridades levantadas e que envolva pareceres comunitários por forma a garantir que é aplicável este tipo de intervenções na população idosa.

A elaboração do trabalho foi feita de acordo com a Metodologia do Planeamento em Saúde. Como instrumentos de colheita de dados foram aplicados a Escala de Morse, Escala de Classificação Internacional da Funcionalidade, o Questionário Sociodemográfico e o Questionário de saúde SF12-v2. Foram cumpridos todos os princípios deontológicos e éticos e a confidencialidade dos dados foi assegurada, sendo os dados tratados de forma anónima e apenas utilizados e analisados para fins estatísticos e académicos.

Do conceito de planeamento em saúde decorrem as principais fases do seu processo, as quais foram utilizadas, na sua maioria, para estrutura e elaboração do presente trabalho: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperator & Gerald, 1993).

A metodologia do planeamento em saúde por oposição a uma visão puramente tradicional baseia-se numa análise multisectorial e integrada de uma comunidade. Este tipo de metodologia vem desta forma realçar que o planeamento em saúde requer o envolvimento de todos os setores sociais e económicos onde a população está inserida e acabam por condicionar o seu estado de saúde (Imperatorii & Geraldès, 1993).

A aplicação do planeamento em saúde procura mudanças no comportamento da população, desta forma é um processo complexo que engloba um processo de mudança social induzida. Por este motivo, a complexidade da mudança proposta pelo planeamento em saúde pode ser um entrave para o seu êxito, sendo desta forma, a determinação do grupo alvo, as características pessoais, socioculturais e económicas determinantes na aceitação da mudança proposta (Imperatorii & Geraldès, 1993).

O presente trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma:

- Na primeira parte do relatório é feito um enquadramento teórico com uma abordagem inicial sobre quedas na pessoa idosa e envelhecimento, seguido da vigilância epidemiológica e a enfermagem comunitária e por último uma descrição do modelo da promoção da saúde de Nola Pender;
- Na segunda parte aborda-se a metodologia do planeamento em saúde, seguindo todas as suas etapas, com os dados colhidos e trabalhados na realização do projeto, bem como a apresentação e discussão dos resultados obtidos;
- Na terceira parte é feita uma reflexão sobre a aquisição de competências e conhecimentos enquanto enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública bem como em competências adquiridas enquanto mestre;
- Segue-se uma análise reflexiva e conclusiva.

Como objetivo geral de aprendizagem do trabalho estabeleceu-se: Desenvolver um projeto de intervenção comunitária incidindo na prevenção de quedas da pessoa Idosa com os alunos de uma Academia Sénior do Norte Alentejano, seguindo as etapas do Planeamento em Saúde.

O trabalho está redigido tendo em conta o novo acordo ortográfico português e a sua elaboração Bibliográfica encontra-se orientada pela Norma de Referenciação da American Psychological Association (APA) – 6ª edição, bem como se orienta pelas Normas de Elaboração

e Apresentação de trabalhos escritos – 2ª versão, em vigor no Instituto Politécnico de Portalegre
- Escola Superior de Saúde.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o envelhecimento e as quedas na pessoa idosa, a fim de contextualizar a temática em causa assegurando a intervenção de enfermagem, com base em conhecimentos e evidências atualizadas.

A fim de assegurar a atuação de enfermagem neste âmbito foi igualmente pesquisado e aprofundado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, com intuito de enriquecer e fundamentar as ações de enfermagem na realização do presente relatório, pois é necessário identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, mostrando aos indivíduos que através do seu autoconhecimento e da sua motivação para alterar comportamentos se consegue atingir uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

1.1 O ENVELHECIMENTO E A OCORRÊNCIA DE QUEDAS NO IDOSO

O processo de envelhecimento caracteriza-se por ser um processo complexo, que se manifesta de diversas formas. A nível biológico, o envelhecimento é derivado da acumulação de uma degradação celular e molecular, que leva a uma perda gradual das reservas fisiológicas da pessoa, o que aumenta assim o risco de contrair determinadas doenças e leva consequentemente a um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Para além disso, o envelhecimento leva não só a perdas ao nível biológico e funcional como também envolve uma série de mudanças significativas, tanto nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Contudo, embora existam algumas perdas a nível funcional, é muitas vezes nesta idade que as pessoas idosas conseguem encontrar estratégias para ultrapassar as suas dificuldades, o que pode levar a um bem-estar subjetivo maior (OMS, 2015).

Na atualidade, o envelhecimento é um problema transversal a todos os países, independentemente das suas condições económicas. Em alguns países, envelhecer pode ser considerado uma conquista, sobretudo se se apresentar o conceito de uma forma ativa, traduzindo-se desta forma numa melhoria do bem-estar físico, psíquico e social, o que leva a uma melhoria da saúde do idoso no geral. No entanto, a longevidade trás alguns problemas na saúde do indivíduo e leva muitas vezes à perda das suas capacidades (Diniz, Pontes & Brito, 2015).

Ainda segundo a OMS, quando se pensa em desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento é importante ter em conta não só as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade mais avançada, mas também é necessário reforçar as perdas que podem levar a um reforço da capacidade de resistência da pessoa idosa bem como a um aumento do crescimento psicossocial.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística,

“O envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI” (INE, 2015: 1).

Segundo dados do INE, as alterações na composição etária da população residente em Portugal e para o conjunto de 28 Estados Membros da União Europeia são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década.

Neste contexto, Portugal apresenta assim, no conjunto dos 28 Estados Membros:

- **5º valor** mais elevado do índice de envelhecimento;
- **3º valor** mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa;
- **3º maior** aumento da idade mediana entre 2003 e 2013.

Segundo os dados divulgados no relatório da “World Population Ageing 2013”, divulgado em 2013 pela Divisão de População das Nações Unidas, o envelhecimento da população está a aumentar rapidamente em muitos dos países pioneiros no processo de transição demográfica. Segundo as Nações Unidas, este processo irá então continuar ao longo das próximas décadas afetando, provavelmente, todo o mundo (INE, 2015).

Ainda sobre os dados colhidos pelo INE, à escala mundial, sendo que Portugal não é exceção, “a população idosa é predominantemente composta por mulheres porque estas tendem a viver mais do que os homens” (INE, 2015:2).

Importante realçar que “a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de **9,2% em 1990 para 11,7% em 2013**, e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050” (INE, 2015:2), “sendo expectável que este rácio aumente moderadamente nas próximas décadas, refletindo uma melhoria ligeiramente mais rápida na esperança de vida dos homens nas idades avançadas”(INE, 2015:2).

Em Portugal acentua-se o envelhecimento demográfico,

“em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, verificou-se em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade), constando que estamos perante uma população tendencialmente envelhecida.” (INE, 2015: 2).

A nível mundial, e Portugal não é exceção, verifica-se, através de dados colhidos pelo (INE, 2015:2) que houve um “decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade)”.

Os dados relativos a 2014 indicam que Portugal apresenta uma das estruturas etárias mais envelhecidas pois

“entre 1970 e 2014, a proporção da população jovem diminuiu 14 pontos percentuais (p.p.), passando de 28,5% do total da população em 1970 para 14,4% em 2014. Por sua vez, o peso relativo da população idosa aumentou 11 p.p., passando de 9,7% em 1970 para 20,3% em 2014. A população em idade ativa aumentou 3 p.p. entre estes anos: 61,9% em 1970 e 65,3% em 2014”(INE, 2015:2).

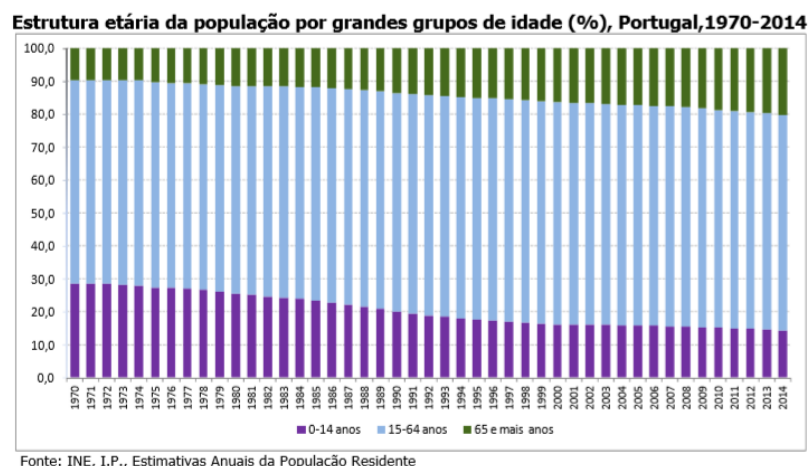


Gráfico 1 – Percentagem da população por grupos etários em Portugal entre 1970-2014

Fonte: INE, 2015, consultado em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2 a 24 de maio de 2019

Pode-se verificar no gráfico acima ilustrado a estrutura etária da população em Portugal entre 1970-2014, verificando que o número de Idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez em 2000, sendo que o índice de envelhecimento atingiu os 141 Idosos por cada 100 jovens em 2014. O índice de dependência dos idosos também aumentou entre 1970 e 2014, passando de 16 idosos para cada 100 pessoas ativas para atingir um número de 31 idosos dependentes em 2014.

Já o índice de renovação da população ativa tem vindo a diminuir, com maior aumento nos últimos quinze anos. “Desde 1999 que este índice tem diminuído continuamente, tendo-se situado em 2010 abaixo de 100, para atingir 84 em 2014” (INE, 2015:3).

No que diz respeito à proporção de população Idosa, segundo dados do INE, Portugal é o 4º país dos 28 Estados Membros com maior proporção de idosos, pois a população residente em Portugal em 2014 correspondia a 14,4% população jovem, 20,3% população idosa e 65,3% de pessoas em idade ativa. Assim,

“relativamente a 2013 (último ano com informação disponibilizada pelo EUROSTAT), Portugal apresentava uma das estruturas etárias mais envelhecidas entre os 28 Estados Membros da União Europeia: a proporção de jovens atingiu 15,6% na UE 28, quando em Portugal era de 14,6%, verificando-se a maior proporção de jovens na Irlanda (22,0%) e a mais baixa na Alemanha (13,1%)” (INE, 2015:3).

No que diz respeito ao índice de envelhecimento, **Portugal é o 5º país com o índice de envelhecimento mais elevado** dos 28 Estados Membros da UE, segundo informações colhidas pelo INE. “Face a 2003, o índice de envelhecimento passou de 100 para 119 idosos por 100 jovens na UE 28” (INE, 2015: 6).

Já o índice de dependência dos idosos continua a aumentar “em 2003, por cada 100 pessoas em idade ativa residiam em Portugal 25 idosos, valor que passou para 31 em 2014 (30 em 2013)” (INE, 2015: 6).

As pirâmides etárias sobrepostas para Portugal e para a UE 28, revelam duplo envelhecimento demográfico.

“A análise das pirâmides etárias sobrepostas, para a Portugal e para UE 28, para o ano de 2013, revelam o duplo envelhecimento demográfico: a base da pirâmide apresenta um estreitamento, mais evidente para Portugal do que para a UE 28, enquanto o seu topo se alarga, com valores semelhantes para Portugal e para a UE 28” (INE, 2015: 8).

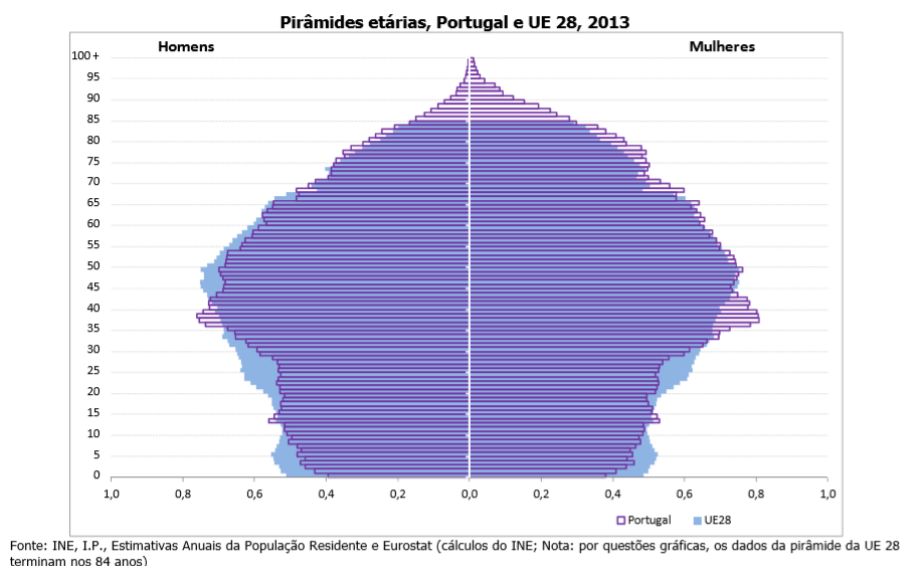


Gráfico 2 – Pirâmides etárias em Portugal e EU 28 em 2013

Fonte: INE, 2015, consultado em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2 a 24 de maio de 2019

Tendo em conta as prospeções do envelhecimento demográfico em Portugal, segundo dados colhidos do INE, só tenderá a estabilizar daqui a 40anos. A população residente em Portugal tenderá a diminuir, “de acordo com os resultados obtidos no cenário central, Portugal perderá população até 2080, passando dos atuais 10,3 milhões para 7,5 milhões de residentes” (INE, 2017: 2) Pois “a população com menos de 15 anos de idade residente em Portugal diminuirá, no cenário central , entre 2015 e 2080, passando dos atuais 1,5 milhões para menos de 1 milhão em 2080.”(INE, 2017: 3) e “a população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080” (INE, 2017:4).

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, o envelhecimento leva a uma prevalência de doenças crónicas no idoso, sendo comum o aumento das comorbilidades, que na maioria dos países da OCDE, representam mais de 50% do peso de doenças, com base nestes indicadores é possível chegar a uma das metas do Plano Nacional de Saúde que estabelece o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade.

A OMS define Envelhecimento Ativo “como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”(DGS, 2019: 1).

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes tem como principal objetivo “promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais, melhorar a intervenção de emergência e, garantir respostas de qualidade e serviços integrados para as vítimas de lesões e traumatismo”(DGS- PNPA, 2012: 5).

O PNPA desenvolve não só iniciativas de promoção da segurança e prevenção universal dos acidentes mas também atividades de prevenção direcionadas a grupos da população identificados como grupos de maior risco, como é o caso das pessoas idosas, referindo que

“O grupo etário de mais de 65 anos representa 14% das vítimas de acidentes de trânsito. O fator idade contribuiu, significativamente, para a mortalidade em geral, representando as pessoas idosas 29% dos peões mortos. No que se refere aos acidentes domésticos e de lazer, 14% das vítimas são pessoas idosas, sendo muito mais frequente nas mulheres e ‘a casa’ o principal local de ocorrência.” (DGS- PNPA, 2012: 5).

No âmbito do Programa Nacional para a Prevenção de Acidentes os acidentes com pessoas idosas é uma área de intervenção considerada prioritária, sendo que foi criado o projeto “Com Mais Cuidado”, que consiste na prevenção de acidentes de risco domésticos entre os idosos, desenvolvido pela Fundação MAPFRE.

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge em 2004 realizou um estudo sobre “Segurança na habitação: Exposição ao risco de acidentes domésticos” que concluiu

“a exposição ao risco de acidente doméstico está minimizado nos alojamentos em que existem indivíduos de 14 ou menos anos, e pelo contrário, está maximizado, nas unidades com indivíduos com 65 ou mais anos. Foi identificado o nível de escolaridade como determinante de ocorrência de acidentes – quanto mais baixo for, maior é a percentagem de acidentes”(DGS – PNPA, 2012: 11).

Com o processo de envelhecimento ocorrem alterações físicas e neurológicas que tornam os idosos mais vulneráveis aos acidentes, desta forma o PNPA identifica os seguintes determinantes:

- Visão (diminuição da visão, cataratas, glaucoma);
- Audição (audição diminuída, utilização de aparelho auditivo não adequado);

- Problemas de locomoção (artroses, osteoporose, doenças inflamatórias das articulações);
- Doenças do foro neurológico (tonturas, perda de equilíbrio, tremores);
- Toma de vários medicamentos (antidepressivos, tranquilizantes, indutores do sono, anti-hipertensores);
- Em casa (iluminação suficiente, tapetes soltos nos quartos, casa de banho, corredores, inexistência de corrimão ou barras de segurança, pavimento molhado, encerado ou escorregadio);
- Móveis instáveis ou no meio do caminho, assim como gavetas abertas;
- Escadas com degraus de tamanhos diferentes e soleiras das portas não niveladas com o chão;
- Espaços públicos pouco adaptados (ruas, estradas e parques públicos com pavimento irregular, animais domésticos soltos, luzes intermitentes);
- Transportes públicos com horários e condições de segurança inadequados para pessoas com mobilidade condicionada (paragens em locais inconvenientes e mal iluminadas).
- Realização das atividades de vida diárias sem ter em conta as medidas de segurança (sair da cama, cozinhar, etc);
- Em casa, andar de meias ou usar chinelos, subir e descer de um banco sem ter os devidos cuidados, subir a um escadote para mudar uma lâmpada;
- Na rua, andar distraído e com os sapatos mal apertados, esquecendo-se de fazer da prevenção dos acidentes uma boa prática;
- Tomar medicamentos que não sejam receitados pelo seu médico de família e não dar prioridade à vigilância regular da saúde.

Verifica-se que os comportamentos e práticas dos idosos para a prevenção das quedas são pobres, pois não existe uma cultura de segurança por parte dos idosos em relação à prevenção das quedas, deixando assim uma oportunidade de intervenção dos enfermeiros na área da educação para a saúde (Vieira et al, 2017).

O primeiro passo para a prevenção das quedas é fazer uma avaliação do risco, sendo que no caso de ocorrer uma queda é essencial compreender o mecanismo que levou a esse acontecimento, pois a etiologia multifatorial da queda pode levar à descoberta de um problema de saúde que ainda não foi identificado (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

A queda pode ser vista como uma consequência de algumas patologias neurológicas, doenças crônicas, efeitos do próprio envelhecimento, mas mais do que uma queda, este é um fenómeno que assume uma complexidade tal que atualmente a tornam uma síndrome geriátrica (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

As quedas nos idosos contribuem diretamente para o seu declínio funcional, aumentando consequentemente a sua dependência e as suas complicações associadas, o que torna necessário a identificação de outros fatores de risco para além dos biofisiológicos, nomeadamente fatores de risco comportamentais para se poder perceber a natureza multifatorial das quedas e implementar ações no âmbito da promoção da saúde visando a mudança de comportamentos, tanto dos idosos como dos profissionais de saúde, capacitando e responsabilizando os idosos pela sua saúde, com o objetivo de prolongar a autonomia do idoso (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

Tendo em conta o referido anteriormente justifica-se a pertinência da realização do presente projeto com o objetivo de identificar os fatores de risco das quedas em idosos com 65 ou mais anos de idade de uma Academia Sénior do Norte Alentejano a fim de se poder intervir na promoção de hábitos de vida saudáveis, minimizando o risco de quedas e na prevenção da ocorrência das mesmas com o aumento do conhecimento dos idosos sobre a prevenção das quedas.

O projeto desenvolvido visou então áreas como: aumentar os conhecimentos dos idosos sobre a prevenção das quedas no domicílio e no exterior, promover a prática de exercício físico a fim de manter e/ou aumentar a sua mobilidade, identificar e sugerir alterações das barreiras arquitetónicas existentes no domicílio e no exterior, por forma a capacitar os idosos para preservar o máximo de tempo possível as suas capacidades no que se diz respeito à realização das suas tarefas diárias e assim, consequentemente, aumentar a sua qualidade de vida.

1.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A vigilância epidemiológica e a enfermagem comunitária estão intimamente ligadas, pois sem estudos epidemiológicos recentes e atualizados a enfermagem comunitária não consegue desenvolver projetos e pesquisas científicas baseadas no conhecimento, sendo os conceitos e métodos epidemiológicos muito importantes em todas as fases da prestação de cuidados de enfermagem (Nogueira, 1981).

Desta forma, pode definir-se vigilância epidemiológica como um processo dinâmico e de caráter contínuo, que inclui toda a informação, estudos, análise e avaliação de modo a fornecer conhecimento às autoridades responsáveis (Nogueira, 1981).

Ainda segundo Nogueira (1981), a vigilância epidemiológica permite planejar, executar e avaliar os serviços de saúde, tanto a nível hospitalar como na comunidade.

Por sua vez a intervenção comunitária, tem como finalidade o trabalho em colaboração com as comunidades, abordando essencialmente as problemáticas locais, com o objetivo de promover o bem-estar da comunidade, assim como provocar mudanças nesta (Carvalhosa, Domingos & Sequeira, 2010).

Como referido no Decreto-Lei n.º 286/99 de 27 de julho, Artigo 7.º, ponto 1, é responsabilidade dos centros regionais de saúde pública, o planeamento em saúde, assim como definir estratégias e analisar fenómenos de saúde e doença, das respetivas regiões de saúde. De acordo com o mesmo decreto, a vigilância epidemiológica constitui uma das áreas de elevação do nível de saúde das populações, onde de acordo com os últimos anos, se tem verificado necessidade de intervenção e reforço desta. Segundo o Artigo 2.º, ponto 1, cabe aos serviços de saúde pública promover a vigilância epidemiológica, assim como monitorizar a saúde das populações, através da promoção da saúde, por meio de programas específicos de atuação.

É essencial a avaliação dos indicadores epidemiológicos da região em estudo e da sua população para que se possam desenvolver projetos na comunidade, verificando-se mais facilmente a necessidade de intervenção em determinadas áreas.

No desenvolver do projeto verificou-se que a população do concelho em estudo é uma população maioritariamente envelhecida, a qual merece maior atenção por parte dos profissionais de saúde, com a elaboração de programas e projetos que possam dar resposta às suas necessidades.

Neste caso específico, e aliando o facto de existir uma população envelhecida com os riscos a ela associados e após estudo da mesma, junto dos profissionais de saúde da região, bem como das entidades municipais, responsáveis neste caso pela Academia Sénior, verificou-se a necessidade de realização de um projeto de intervenção comunitária para dar resposta aos riscos de queda existentes nesta população, devido aos fatores associados ao próprio processo de envelhecimento como também devido à falta de conhecimento sobre estratégias a adotar para a prevenção do acontecimento das mesmas.

Os dados epidemiológicos fundamentaram essa mesma realidade, dando azo à elaboração do projeto, bem como das suas intervenções e atividades realizadas junto da população em estudo.

1.3 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é muito utilizado pelos profissionais de enfermagem, pois permite compreender os comportamentos humanos relacionados com a saúde, orientando assim para a geração de condutas saudáveis (Hoyos, Borjas, Ramos & Meléndez, 2011).

Nola Pender nasceu a 16 de Agosto de 1941 em Lasing, Michigan. O seu primeiro contacto com a enfermagem foi aos 7 anos, quando teve que observar os cuidados de enfermagem prestados à sua tia hospitalizada. Licenciou-se em Enfermagem na Escola de Enfermagem do West Suburban Hospital em Oak Park, Illinois. Em 1964 formou-se em Michigan State University, Easton, Illinois. O seu doutoramento baseava-se nas mudanças evolutivas observadas nos processos de codificação na memória imediata das crianças, o que lhe forneceu um forte interesse em alargar a sua aprendizagem no campo da otimização da saúde humana, o que deu então origem à elaboração do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) (Hoyos et al, 2011).

Tal como referem os autores acima mencionados, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender expõe essencialmente os aspetos relevantes envolvidos na modificação do comportamento humano, bem como as suas atitudes e motivação em relação a ações de promoção da saúde. O modelo é então criado com base em dois meios teóricos, a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura e a teoria de avaliação das expectativas da motivação humana de Feather.

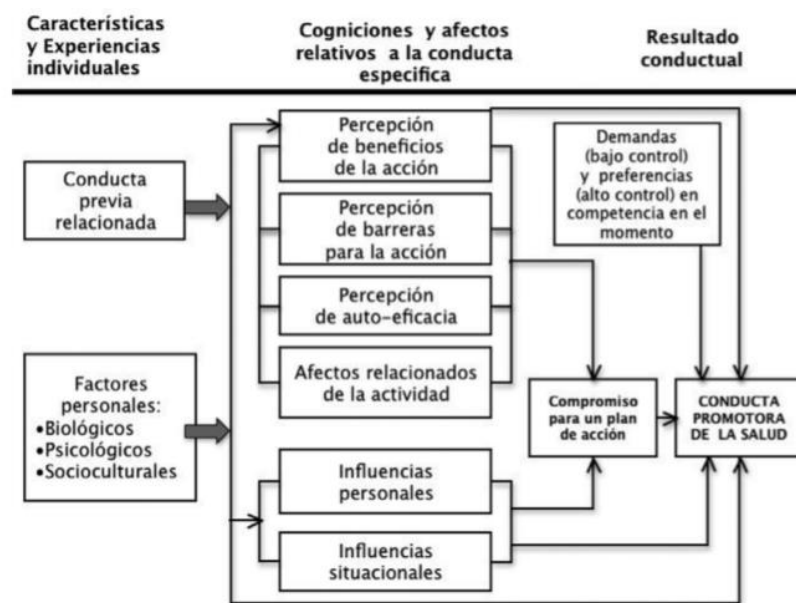
Nola Pender refere que o comportamento é motivado pelo desejo de alcançar o bem-estar e o potencial humano. O modelo foi criado a pensar na forma de dar resposta à maneira como as pessoas tomam decisões sobre os seus próprios cuidados de saúde (Hoyos et al, 2011).

Segundo Hoyos et al, 2011, o Modelo de Promoção da Saúde tem como objetivo engrandecer a natureza multifacetada das pessoas na sua interação com o meio ambiente, quando estas tentam alcançar o desejado estado de saúde, dando ênfase ao vínculo entre as

características e experiências pessoais, conhecimentos, crenças e comportamentos de saúde que se pretendem alcançar.

Segundo Silva e Santos (2010), o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender apresenta-se com uma estrutura simples a qual permite ao enfermeiro realizar um plano de cuidados individual permitindo planejar, intervir e avaliar as suas ações de forma clara. Este modelo é composto então por três componentes essenciais:

- Características e experiências individuais (identificar comportamento a ser mudado, fatores biológicos, psicológicos e socioculturais);
- Conhecimentos sobre comportamentos que se pretendem alcançar;
- Resultados de conduta que incluem compromisso com o plano de ação, exigências imediatas e preferências e comportamento de promoção da saúde.



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender1996. En: Cid PH, Merino JE, Stjepovich JB²¹

Figura 1 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender
Fonte: “El modelo de promocion de la Salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión” Hoyos, Borjas, Ramos & Meléndez, 2011

A teoria emerge como proposta de integrar as ciências do comportamento às teorias de enfermagem, identificando fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial, fundamentando a sua percepção de promoção da saúde com a realização de atividades que intensifiquem o bem-estar da pessoa (Silva & Santos, 2010).

Nola Pender também propõe que o próprio indivíduo crie mecanismos de conhecimento próprio e explore o que os motiva e desmotiva, a fim de adotarem comportamentos saudáveis. O cuidar do próprio corpo ajuda a compreender melhor e de forma construtiva a sua própria vida (Silva & Santos, 2010).

Promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade com objetivo na melhoria da sua qualidade de vida, através de uma maior participação do enfermeiro no controlo deste processo. No entanto, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas sim da responsabilidade de toda a comunidade, dos indivíduos, grupos, instituições, governos e por profissionais de saúde de todas as áreas, vai para além de um estilo de vida saudável, em busca de um bem-estar geral. Para atingir um estado de completo bem-estar, os indivíduos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o seu meio ambiente de forma favorável a obtenção desse estado geral de bem-estar (Silva & Santos, 2010).

Tal como referem Silva e Santos (2010), “o cuidar é uma necessidade e um recurso do ser humano e que deve atender às suas próprias necessidades.” Na velhice, cuidar de si mesmo, não é uma tarefa fácil, pois é um processo contínuo que a todo o momento necessita de uma recuperação do seu equilíbrio.

O autocuidado reflete o cuidado no seu “eu” revelando valores e princípios através da autoreflexão, produzindo assim comportamentos de autocuidado. É uma prática desenvolvida pelo próprio indivíduo e para ele mesmo. Este é um processo refletido nos objetivos de enfermagem propriamente ditos e que vai de encontro às necessidades sentidas e das preferências do próprio indivíduo e não da percepção do profissional (Silva & Santos, 2010).

Cabe aos profissionais de saúde, no que respeita a assuntos direcionados com a saúde, capacitar os indivíduos nas necessidades sentidas a fim de aumentar a sua capacidade de autocuidado e neste caso específico, aumentar a sua capacidade de prevenção de quedas através da literacia em saúde.

A Organização Mundial de Saúde define literacia em saúde como o “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”.

Sobre este conceito pode dizer-se que possibilita o aumento do controlo dos indivíduos sobre a sua saúde, e a sua capacidade para encontrar informação útil e assumir responsabilidades através da aquisição de novos conhecimentos sobre a temática em causa.

Este Projeto de intervenção comunitária teve como referencial teórico o MPS de Nola Pender, que deu suporte ao desenvolvimento de estratégias e intervenções visando a literacia em saúde e a capacitação dos indivíduos para a tomada de decisão no que se refere à adoção de comportamentos saudáveis que previnam a ocorrência de quedas e suas complicações.

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia do Planeamento em Saúde, serve como apoio lógico para as decisões, levando à racionalização da aplicação dos recursos de saúde, recursos estes, escassos na grande maioria dos países ou sistema de saúde em vigor (Tavares, 1990). Consiste num processo contínuo e dinâmico constituído pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Todas as fases estão interligadas entre si e dependem umas das outras (Imperatori & Giraldes, 1993).

Existem dois princípios básicos da distribuição de recursos, associados ao Planeamento em Saúde, são eles: o princípio da **equidade** e o princípio da **eficiência**. No que diz respeito à equidade na distribuição de recursos, esta verifica-se na fase de definição de prioridades. Para além da equidade geográfica também está contemplada a equidade entre grupos socioeconómicos. É aqui que se decide quais as áreas de intervenção e quais os grupos populacionais a abranger, segundo os problemas de saúde identificados, na fase de diagnóstico da situação (Tavares, 1990).

O processo de Planeamento em Saúde, caracteriza-se por ser: futurista; permanente, contínuo e dinâmico; racional da tomada de decisões; um percurso de ação; iterativo; multidisciplinar; cíclico, em espiral; uma técnica de mudança e inovação; e por absorver as incertezas futuras (Tavares, 1990).

De acordo com Tavares (1990: 30), citando Imperatori e Giraldes (1982) “o planeamento é uma atitude ou um posicionamento face à realidade sócio-económica”.

Sendo o planeamento em saúde uma das principais competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é imprescindível que o presente trabalho se reja pelas regras da sua metodologia.

2.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O diagnóstico de saúde é a **primeira etapa** da metodologia do planeamento em saúde, logo a etapa que dá início ao processo de planeamento em saúde e a que deve estar adequada às necessidades da população que dele vai beneficiar (Tavares, 1990). Deve possuir

determinadas características como a rapidez, a clareza, deve ser aprofundado, mas ao mesmo tempo resumido e deve conseguir dar resposta às necessidades do planeamento como referem Imperatori e Giraldes (1993) “a concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programas ou atividades”.

No relatório desenvolvido o diagnóstico da situação baseou-se essencialmente na fundamentação teórica com dados de estudos nacionais e internacionais, que permitiram realizar uma análise da situação atual e o prognóstico da problemática em estudo.

O diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim, um instrumento para colocar em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados, correspondendo esta, à primeira etapa do processo de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.1.1 Caracterização do Concelho em estudo

O concelho em estudo localiza-se no Norte Alentejano e integra três freguesias, ocupando uma área total de cerca de 400 km².

De acordo com os dados do INE de 2017, tem uma população residente de cerca de 3000 habitantes (sendo 48 de nacionalidade estrangeira, maioritariamente indivíduos provenientes do Reino Unido) e uma densidade populacional de cerca de 9 pessoas por km².

No que diz respeito à população por sexo, temos um total de cerca de 1500 indivíduos do sexo feminino e 1400 indivíduos do sexo masculino.

Alguns indicadores são necessários para expressar determinadas características socioeconómicas de um concelho. Como exemplo destes indicadores podem referir-se a taxa de mortalidade, a mortalidade infantil, a taxa de natalidade, bem como o índice de envelhecimento.

Em relação à taxa de mortalidade segundo os dados do INE em 2017, Portugal apresentava uma taxa bruta de mortalidade de 10,7%, o Alentejo de 14,2%, no Alto Alentejo era de 16,2% e **no concelho em estudo de 23,9%**. Segundo os dados de 2016 a taxa de mortalidade em Portugal apresentava os mesmos valores, mas a nível do Alentejo apresentava um valor mais

elevado na ordem dos 14,8%, enquanto que a nível do Alto Alentejo apresentava 17,4% e no concelho em estudo de 21,9%, o que representa um aumento significativo de 2%.

A taxa bruta de natalidade no concelho, aumentou significativamente do ano 2014 para 2017, apresentando em 2014, uma taxa de 4,6% e em 2017, 7,2% (INE, 2018).

O **índice de envelhecimento** é outro indicador importante para caracterizar a realidade do concelho. Em Portugal, em 2011 o índice de envelhecimento era de 127,6% e em 2017, passou para 155,4%. No Alentejo, bem como no Alto Alentejo, também é possível observar um aumento no índice de envelhecimento. O concelho em estudo não foge a esta realidade, em 2011, o índice era de 340,0% e **em 2017 passou para 388,8%** (INE, 2018).

O índice de dependência dos idosos é de 50,1% e o índice de longevidade de 64,9%. Analisando os dados expostos anteriormente, conclui-se que, de forma generalizada no país, estamos perante uma população envelhecida, com necessidades constantes devido às comorbilidades associadas à idade, considerando-se assim um grupo vulnerável, no que respeita também ao risco de quedas.

Em relação aos indicadores de educação em 2016/2017, existe no concelho em estudo uma taxa bruta de pré-escolarização de 160%, de escolarização do ensino básico de 143% e do ensino secundário de 10%. Existem 3 estabelecimentos de ensino pré-escolar (2 públicos e 1 privado) e a nível do ensino básico existe 1 estabelecimento por cada ciclo de ensino bem como um estabelecimento de ensino secundário (INE, 2017). Neste caso, verifica-se que são poucos os indivíduos que ingressam no ensino secundário, existindo assim um baixo nível de escolaridade da população, estendendo-se evidentemente pela população mais envelhecida. Assim, considera-se essencial a atuação, visando a transmissão de conhecimentos, principalmente em matérias que lhes podem fornecer informação útil para a realização das suas tarefas diárias, onde se enquadra de facto, a necessidade de informação sobre a prevenção de quedas, devido aos riscos a que se encontram expostos diariamente.

Relativamente aos indicadores de saúde, existem 2 médicos e 5 enfermeiros para cerca de 1000 habitantes. Existe uma UCSP que engloba as extensões de saúde e 1 UCC, 2 farmácias e 1 posto farmacêutico móvel (INE, 2017).

Comparativamente ao contexto económico, os indicadores relativos ao mercado de trabalho e emprego são de extrema importância uma vez que são fatores que implicam na vulnerabilidade de uma população. Em Portugal, em 2017, existia uma taxa de 6,5% de

desempregados inscritos nos centros de emprego em idade ativa sendo que no Alentejo essa taxa era de 6,3%, no Alto Alentejo era 7,9% e no concelho em estudo, era de 5,7% (INE, 2019).

No concelho, em 2017, segundo o INE, 2,2% da população recebia o Rendimento Social de Inserção, 0,2% recebiam o subsídio social de desemprego e 0,8% o subsídio de desemprego (INE, 2018).

A nível das prestações sociais existiam em 2017, cerca de 1000 pensionistas, sendo 94 por invalidez, 870 por velhice e 377 de sobrevivência.

Em relação ao mercado de trabalho, existiam em 2016 segundo o INE, 324 empresas, destacando-se 144 de CAE-Rev.3 A (agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca), 45 de CAE-Rev.3 G (Comércio por grosso e a retalho, reparação de veículos automóveis e motociclos) e 29 de CAE-Rev.3 I (Alojamento, restauração e similares). Das 324 empresas, 319 empregam menos de 10 trabalhadores e 5 empresas empregam entre 10 e 49 trabalhadores. Existem 373 trabalhadores por conta de outrem sendo que 268 trabalham a nível do sector terciário, 71 no sector primário e 34 no sector secundário. O rendimento bruto anual declarado por habitante é de 7083€.

Relativamente a indicadores de comunicação, em 2017 segundo o INE existiam 34,15 postos telefónicos por cada 100 habitantes, 1 estação e 1 posto de correio e 795 pontos de acesso à internet por banda larga em local fixo.

Ao nível do turismo existem 3 estabelecimentos (1 de hotelaria e 2 de turismo rural e de habitação), existindo 1,8 hóspedes por habitantes e uma estada média de 1,8 noites (INE, 2017).

O concelho possui saneamento básico, rede de eletricidade e água canalizada ao nível das condições de habitação. Em relação à qualidade da água em 2017 segundo o INE foram realizadas 213 análises sendo que 97,55% dessas análises revelaram que a água é segura. Existem no município 2 estações de tratamento de águas residuais.

Em relação a indicadores de justiça em 2017 segundo o INE existiu uma taxa de criminalidade de 19,2% destacando-se 2,7% crimes contra a integridade física e 7,6% crimes contra o património. Foram registados 56 crimes, 12 contra as pessoas e dentro destes 6 de violência doméstica contra cônjuge ou análogos, 22 contra o património e 18 contra a vida em sociedade.

O Concelho é constituído por diversas instituições públicas, sendo elas: Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Associação de Bombeiros Voluntários, GNR, Centro de Saúde com as suas extensões nas devidas freguesias correspondentes, Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação. Também aloca uma instituição financeira, equipamentos sociais (Academia Sénior, Santa Casa da Misericórdia, Centro de Bem-estar Social, Jardim de Infância e uma Associação juvenil) e associações lúdicas e recreativas.

Analisando a evolução da estrutura populacional do município, segundo o INE, entre 2011 e 2017, **denota-se um decréscimo da densidade populacional**, ou seja, uma diminuição do número de residentes no concelho, tendo este passado de cerca de 3100, em 2011 para cerca de 2900 no ano de 2017. Houve um ligeiro aumento da população entre os 20 e os 24 anos e um ligeiro decréscimo entre os 60 e os 64 anos. **Com 65 ou mais anos viviam no concelho em 2017**, cerca de 400 homens e 500 mulheres, ou seja, um total de cerca de **900 indivíduos idosos** para um total de cerca de 3000 indivíduos, o que perfaz que os idosos **representem 30,7% da população**.

Tal como podemos constatar na Figura abaixo, no concelho em estudo em 2017, tanto no sexo feminino como no sexo masculino, **é entre os 80 e os 84 anos que se verifica uma maior percentagem de população residente neste concelho** (cerca de 4%). Sendo estes seguidos da faixa etária dos 50-54 anos nos homens e nas mulheres a faixa etária dos 40-44 anos que apresenta maior percentagem. Contudo **é entre os 10 e os 14 anos**, em ambos os sexos, que se verifica **a percentagem mais baixa**, quase 2% no caso dos homens, e 1% no caso das mulheres.

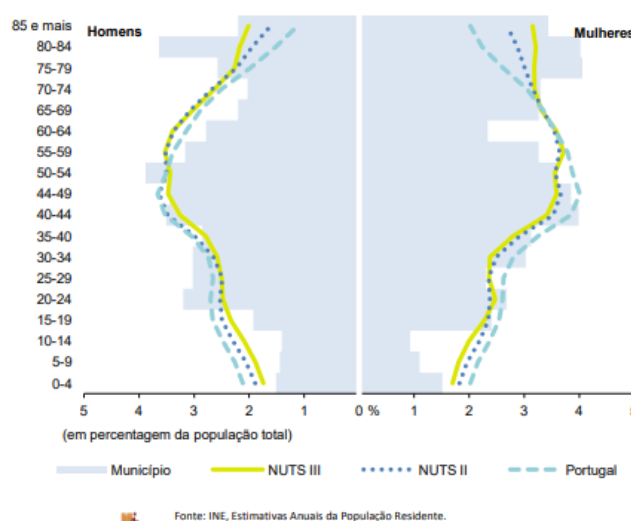


Figura 2 - Estrutura etária da população do concelho em 2017
 Fonte: INE, retirado em 23 de maio de 2019

Após a análise dos dados da população existente no Concelho em estudo verifica-se claramente que estamos perante uma população envelhecida, com um grau de literacia abaixo do esperado atualmente, sendo pertinente e crucial atuar perante esta faixa etária, após verificar as necessidades sentidas.

2.1.2 Caracterização do local de estágio

O estágio final realizou-se num Centro de Saúde do Norte Alentejano, no interior do País e numa vila com cerca de 3000 habitantes. Este concelho dá resposta a mais duas freguesias para a além da vila sede de concelho, sendo a sua população alvo uma população maioritariamente envelhecida.

O Centro de Saúde em termos geográficos encontra-se no interior da vila, de fácil acesso a toda a população. Integra um total de 12 profissionais a exercer funções a tempo inteiro, sendo 2 médicos, 6 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 auxiliar e 2 administrativas. O horário de funcionamento da UCC é das 9h às 16h e o horário da UCSP é das 9h às 19h, sendo que se alterna o período da tarde entre todos os enfermeiros que exercem funções neste centro de saúde. A prestação de cuidados durante o fim de semana realiza-se em articulação com o Centro de Saúde do concelho vizinho. Desta forma, a prestação de cuidados é feita alternadamente, um fim de semana no Centro de Saúde do concelho vizinho e no outro pelo próprio Centro de Saúde do concelho, uma vez que são concelhos geograficamente próximos e de fácil acesso a toda a população e que desta forma se verifica uma maior eficácia da gestão dos serviços de saúde.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) é constituída por 2 enfermeiros e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) é constituída por 4 enfermeiros.

De entre as unidade funcionais que o centro de saúde tem, o estágio foi maioritariamente realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade, embora tenham sido realizadas algumas atividades também na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados por forma a enriquecer os conhecimentos e contribuir para adquirir e mobilizar as competências de especialista e refletir sobre a importância de desenvolver atividades na maior parte dos programas prioritários do Plano Nacional de Saúde, nomeadamente na área dos Cuidados de Saúde Primários.

De referir que o contacto mais próximo com toda a equipa multidisciplinar foi sem dúvida uma mais valia, servindo assim para um maior leque de aprendizagem no que aos cuidados de saúde primários respeita, pois a prestação de cuidados na comunidade é de tal forma ampla que é necessário estar presente no território de atuação dos enfermeiros com todas as áreas onde desenvolvem atividades para que se consiga ter uma noção mais generalizada e ao mesmo tempo mais pormenorizada de cada atividade desenvolvida dentro de uma unidade funcional.

Segundo o disposto no Despacho nº 10143/2009 - Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009 a “UCC é uma das unidades funcionais dos ACES” e a sua “atividade desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra.” Situa-se, “preferencialmente nas instalações de cada centro de saúde pertencente ao respetivo ACES”.

Ainda sob o disposto no artigo supracitado pode constatar-se que a UCC tem como missão:

- “- Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra;
- Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção;
- Participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré -graduada, pós -graduada e contínua;
- À UCC compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.” Despacho nº 10143/2009 - Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009

Já como princípios orientadores e ainda sobre o disposto no artigo supracitado podem definir-se:

- “- Assegura conjunto de actividades essenciais referido no número anterior, cada UCC é dotada dos necessários recursos humanos, financeiros, materiais e técnicos;
- Assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida
- Rege-se pelos seguintes princípios: Cooperação, exigida a todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde; Solidariedade e trabalho de equipa; Autonomia, assente na auto -organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção; Articulação com as outras unidades funcionais do ACES; Parceria com estruturas da comunidade local (autarquias, segurança social, instituições privadas de solidariedade social, associações e outras); Avaliação contínua que, sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção e da qualidade dos cuidados; Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações

entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional;

- A UCC, no contexto de um processo de garantia da qualidade, deve desenvolver-se segundo níveis de desempenho definidos pelas orientações das entidades competentes na matéria.” Despacho nº 10143/2009 - Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009

A UCC do local de estágio rege-se pelos princípios acima indicados e é constituída por dois enfermeiros. Tem ainda o apoio de profissionais da URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados), a que por vezes recorrem, principalmente no âmbito da saúde escolar quando, na avaliação inicial se nota essencial a colaboração de outras áreas profissionais que assim complemente o trabalho desenvolvido, como é o caso da participação de um psicólogo, nutricionista, a fim de dar resposta às necessidades sentidas e focos de enfermagem levantados. Desenvolve projetos e intervenções junto da CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) e do NLI (Núcleo Local de Inserção), onde os enfermeiros da UCC participam no trabalho interdisciplinar, analisando e discutindo casos de acordo também com as necessidades sentidas e os projetos elaborados. A UCC divide-se principalmente em três domínios de intervenção, sendo elas: ECCI, Saúde Escolar e Programas de promoção da saúde na Comunidade.

O trabalho desenvolvido enquanto enfermeira especialista debruçou-se mais concretamente no domínio dos Programas de promoção da saúde na Comunidade, dentro da unidade funcional da UCC, uma vez que é a área que abrange as atividades desenvolvidas junto dos alunos da Academia Sénior. No entanto, a Saúde Escolar também foi um âmbito explorado, vivenciado e o qual forneceu importantes bases para uma posterior atividade profissional nesta área de intervenção. Na Saúde Escolar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da UCC baseiam-se principalmente na educação para a saúde, na prevenção e educação das crianças e jovens, abordando temas atuais e estando de encontro com as necessidades sentidas pelos Professores, Pais e pelos focos de enfermagem levantados, respeitando as atividades propostas no decorrer do ano letivo, estabelecendo objetivos e metas a atingir.

Como disposto no Artigo 27.º no Decreto lei n.º101/2006 de 6 de junho de 2006 – Diário da República, a ECCI

“é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência

funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.”

A equipa de cuidados continuados integrados do local de estágio, tal como refere o decreto lei acima mencionado, é uma equipa que desenvolve a sua atividade, apoiando-se nos recursos locais disponíveis, conjugando com os serviços comunitários. A avaliação integral referida na citação anterior é efetuada em articulação como centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

Verifica-se que a ECCI assegura:

“Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; Apoio na satisfação das necessidades básicas; Apoio no desempenho das actividades da vida diárias; Apoio nas actividades instrumentais da vida diárias; Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais”. Artigo 28.º do Decreto lei n.º101/2006 de 6 de junho de 2006 – Diário da República

Esta equipa é constituída por um médico, dois enfermeiros, um auxiliar, uma assistente social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta, existindo neste Centro de Saúde cinco vagas disponíveis para utentes que necessitam dos cuidados que a mesma presta, com prévia avaliação para tal ingresso.

No programa de saúde na comunidade são desenvolvidas atividades pela UCC que assinalam dias comemorativos, através de intervenções junto da população. Também se prendem com as necessidades sentidas pela própria população e que após diagnóstico de saúde da comunidade são programadas intervenções, quer nas instalações quer no próprio centro de saúde, nas suas extensões nas freguesias do concelho, na **Academia Sénior**, nos Lares de Idosos das freguesias ou em associações e grupos de risco e/ou considerados vulneráveis, sempre com o foco na prevenção e promoção da saúde.

Durante a realização do presente estágio desenvolveram-se intervenções na comunidade, especificamente realizadas com os alunos da Academia Sénior, com o tema anteriormente determinado, de acordo com as necessidades sentidas pela população que a frequenta, apoiado com a recolha de dados, sobre a prevenção de quedas no Idoso.

No entanto, ao longo do estágio foi possível a participação em outros projetos como no projeto “lancheira saudável” no âmbito da saúde escolar, dia da alimentação saudável, com os

alunos do 6º ano da escola do concelho e com a comunidade que se dirigiu ao centro de saúde, participação nas visitas domiciliárias, tanto para ajuste terapêutico como para realização de pensos pós-cirúrgicos e entre outros tratamentos.

Já no que respeita à UCSP e segundo o disposto no artigo 10.º, Série I de 22 de Fevereiro de 2008 no Diário da República, “tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados garantido a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos”.

No caso da UCSP do local de estágio funciona com uma equipa de dois médicos, quatro enfermeiros e duas administrativas. As atividades desenvolvidas prendem-se com atividades realizadas no âmbito dos programas de Planeamento familiar, Saúde materna, Saúde infantil, Saúde do adulto e idoso, vacinação, atendimento de doença súbita ou agudização de doença crónica na consulta aberta. Estas atividades também se desenvolvem nas outras duas freguesias do concelho através da deslocação de enfermeiros todos os dias para as respetivas freguesias. Foi possível observar e colaborar em muitas das atividades desenvolvidas, contribuindo para um aumento de conhecimentos tanto em âmbito pessoal como em âmbito profissional e fundamentalmente enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e mestre em enfermagem.

2.1.3 Análise de risco e plano de ação

A comunicação tem sido reconhecida como essencial quer ao nível da promoção da saúde das populações, quer ao nível do desenvolvimento de estratégias que promovam a imagem e reputação das organizações de saúde. “O prestígio e a reputação de qualquer marca ou organização dependem, atualmente, menos do esforço publicitário e mais de uma abordagem integrada, que envolve necessariamente a comunicação estratégica” (Islas cit. in Carrillo, 2014: 73).

O processo de comunicação de estratégias no setor da saúde é um fenómeno em crescimento, no qual se procura “partilhar informação, conseguir apoio para causas sectoriais, promover a reputação ou, simplesmente, responder a pedidos de informação do espaço público, através do uso de um conjunto diversificado de técnicas e enunciados estratégicos” (Ruão et al., 2014, p.100).

A divulgação do projeto é fundamental para o seu sucesso, uma vez que os indivíduos só vão participar se o mesmo lhe demonstrar interesse e motivação para tal.

Por forma a concretizar esta divulgação foi dado conhecimento do mesmo à equipa multidisciplinar do local de estágio final através de realização de reunião informal, verificando a sua aceitação ao mesmo, bem como a sua disponibilidade em termos de profissionais para colaboração. Após a equipa multidisciplinar do estágio final tomar conhecimento, com o apoio da enfermeira orientadora foi também comunicado ao órgão de maior importância para a realização do mesmo, sendo a Câmara Municipal a responsável pela Academia Sénior do Norte Alentejano em estudo. Foi então feita uma reunião informal com a Senhora Coordenadora da Academia Sénior, no seu gabinete da Câmara Municipal, através do método da comunicação ativa e exposição das ideias iniciais para a realização do projeto. Foi concedida essa mesma aprovação, com disponibilidade de meios, tanto humanos como materiais, mostrando assim bastante interesse para a aplicação do projeto no seio da sua comunidade Idosa.

Por último, e não menos importante, o projeto foi comunicado, ficando acordada de imediato com a Senhora Coordenadora da Academia Sénior uma data para a realização da mesma divulgação aos alunos da Academia Sénior.

Foi realizada uma reunião com os mesmos por forma a divulgar os objetivos, intervenções e atividades pensadas para a realização do presente projeto, os quais se mostraram imediatamente interessados, tanto com o tema como com as atividades propostas. Apenas se notou um entristecer generalizado aquando se apresentaram os critérios de inclusão, pois existiam alguns indivíduos com menos de 65 anos que gostariam de participar igualmente. Por verificar esse mesmo sentimento, as pessoas com menos de 65 anos participaram sempre nas sessões de igual forma, no entanto, não foram contabilizados nem constam dos resultados obtidos e do número de participantes por sessão.

Considerou-se crucial a aplicação de um programa de formação através da realização de educações para a saúde de acordo com as necessidades sentidas, pelos profissionais do centro de saúde que desenvolvem atividades junto dos alunos desta Academia Sénior, juntamente com as necessidades sentidas pelos participantes, por forma a delinear um diagnóstico de saúde que justifique essas mesmas intervenções.

Após a análise observacional dos obstáculos físicos existentes no domicílio através da aplicação da Checklist de verificação de fatores de risco físicos no domicílio dos idosos com

score médio ou alto de risco de queda foram aplicadas medidas corretivas no momento, as quais devem ser seguidas e continuamente verificadas/retificadas, consoante as necessidades que os idosos vão carecendo. A maioria dos idosos conseguiu alterar o seu domicílio de forma autónoma e sem necessidade de apoios extra, no entanto, existe uma exceção, uma idosa que não tem capacidade monetária para proceder às alterações necessárias, as quais se prendem com a aplicação de um corrimão de apoio com cadeira adaptada no poliban do seu WC, por forma a responder à atividade de vida diária “Higiene” e não colocar em causa a sua saúde, a fim de evitar quedas devido à diminuição da sua mobilidade. Desta feita, é necessário solicitar apoio à Câmara Municipal por forma a solucionar a situação desta idosa com insuficiência económica.

Sendo o planeamento em saúde um processo contínuo e sempre com necessidade de correções entre as etapas que se relacionam entre si, é fundamental que, ao longo do tempo, haja necessidade de alterar e corrigir etapas por forma a maximizar as suas intervenções e assim se conseguirem obter resultados mais eficazes e continuamente melhorados, por forma a evitar a ocorrência de quedas nos idosos com mais de 65 anos da Academia Sénior de um concelho do Norte Alentejano.

2.1.4 Considerações éticas

O processo de investigação só é possível de ser aplicado se respeitar todas as questões éticas e deontológicas.

Segundo Villas-Bôas (2015), o investigador deve manter a intimidade e privacidade dos sujeitos intervenientes, assegurando que se deve manter sempre o anonimato e a confidencialidade. Seja na abordagem desta ou de outra qualquer temática o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção do respeito pelo sigilo profissional bem como na promoção dos direitos das pessoas de quem cuida.

Durante a realização do presente projeto de intervenção comunitária e para salvaguarda dos dados obtidos e do anonimato dos participantes foram realizados os seguintes procedimentos éticos:

- Assinado o Consentimento informado, livre e esclarecido por todos os participantes do projeto;

- Obtido parecer positivo para realização do projeto pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre;
- Obtido consentimento da Coordenadora da Academia Sénior para realização do Projeto com os seus alunos;
- Obtida autorização do autor para aplicação do Questionário de Saúde SF12v2.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada. Foi obtida autorização para realização do estudo à coordenadora da Academia Sénior para tratamento de dados com os seus alunos e obtida a autorização ao autor do questionário de Saúde SF12-v2 utilizado como instrumento de colheita de dados. A confidencialidade foi assegurada, os dados tratados de forma anónima e apenas utilizados e analisados para fins estatísticos e académicos.

2.1.5 População alvo

Para que se possa desenvolver um processo de planeamento em saúde é fundamental e imprescindível a existência de uma população-alvo, que pode entrar não só na implementação como também na elaboração dos projetos que lhe são dirigidos, sendo esta participação comunitária um aspeto importante da organização (Tavares, 1990).

Após reunião informal com a Enfermeira Especialista da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde no sentido de identificar pontos de necessidade de intervenção de enfermagem junto da população do Concelho, verificou-se alguma sensibilidade para a necessidade de intervir na prevenção de quedas nos idosos. Constatou-se que existiam alguns projetos em andamento na UCC e tendo em conta o estudo feito da população, verificando-se que existe de facto uma população mais envelhecida no concelho, justifica-se uma intervenção direcionada para este grupo populacional.

Tendo em conta que a gestora do projeto exerce funções num serviço de ortopedia de uma unidade hospitalar onde se verifica a existência de inúmeros casos de pessoas idosas que acedem aos serviços hospitalares, após uma queda no domicílio, onde ainda mantinham a sua funcionalidade e passam por vezes mais de um mês internados com restrições a nível da mobilidade que posteriormente já não são passíveis de recuperação, verificando-se atualmente

uma saturação das respostas sociais a estes doentes, acabando por terem internamentos prolongados e desgastantes.

De acordo com os indicadores Nacionais e Regionais verificou-se ser este um problema real e sendo um interesse pessoal intervir ao nível da população idosa e de forma preventiva surgiu o tema “Do risco à prevenção de quedas no Idoso”. Por sugestão da Enfermeira Especialista do Centro de Saúde, o projeto recaiu sobre os alunos que frequentam a Academia Sénior, pois são pessoas ainda ativas e que gostam de participar em programas embora alguns deles atualmente e de forma gradual já se debaterem com limitações da mobilidade e comorbilidades associadas à idade.

Assim, foram definidos alguns critérios de inclusão a fim de conseguirmos obter uma amostra significativa e em que seja possível o tratamento de dados, para a obtenção dos resultados, numa população idosa e mais vulnerável.

Os **critérios de inclusão** delineados foram os seguintes:

- Ser aluno da Academia Sénior;
- Ter 65 ou mais anos de idade;
- Manifestar interesse em participar no projeto.

A amostra intencional foi então constituída por **30 alunos** da Academia Sénior, com 65 ou mais anos de idade e com interesse em participar no Projeto “Do risco à prevenção das quedas no Idoso”, sendo obtido o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a sua participação neste estudo.

Após selecionada a amostra total, foram aplicados um questionário de caracterização Sociodemográfica da referida população, um questionário do estado de saúde SF12v2 e duas escalas, a escala de Morse e a escala CIF.

Os dados colhidos foram tratados nos formulários google, com tratamento no programa Excel, acedido em

https://docs.google.com/forms/u/0/d/1-Hb78OIZWZdnfhWWVoweEMtwOoKpajK_sj-B13D3LRE/edit a 13 de junho de 2019.

Após aplicação do **Questionário de Caracterização Sociodemográfica** conseguiu-se verificar que existem 40% de idosos do sexo masculino e 60% dos idosos do sexo feminino como se pode verificar no gráfico seguinte.

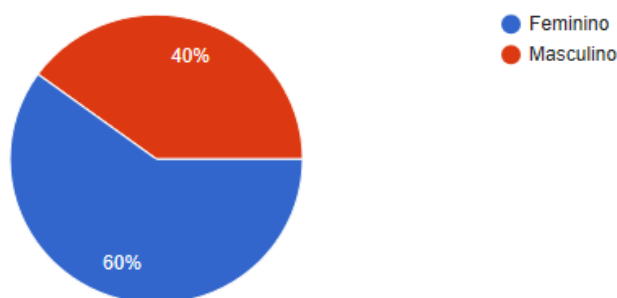


Gráfico 3 – Distribuição dos idosos da Academia Sênior por sexo
Fonte: “Formulários Google”

No que diz respeito à faixa etária verifica-se que os idosos se encontram distribuídos por diferentes idades, desde os 65 anos até aos 79 anos.

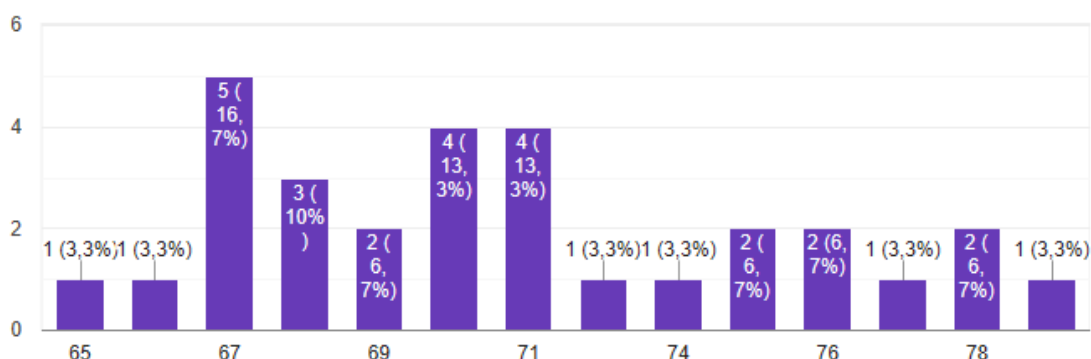


Gráfico 4 – Distribuição dos idosos da Academia Sênior por idade
Fonte: “Formulários Google”

Também foram avaliadas as variáveis peso e altura, sendo que ambas podem ser limitadoras da mobilidade do idoso, sendo portanto potenciadoras da ocorrência de quedas.

Desta forma, verifica-se que relativamente à variável peso se distribui desde os 55Kg até aos 95Kg, sendo que a maior concentração de indivíduos se encontra nos 64Kg e nos 70Kg.

Já no que se respeita à variável altura, ela encontra-se entre 1,49m e 1,77m, sendo que a concentração máxima de idosos se encontra no 1,60m.

Através dos dados obtidos anteriormente, foi possível elaborar um gráfico onde se calculou o IMC de cada idoso da Academia Sênior, tendo em conta a tabela de classificação de obesidade da Organização Mundial de Saúde.

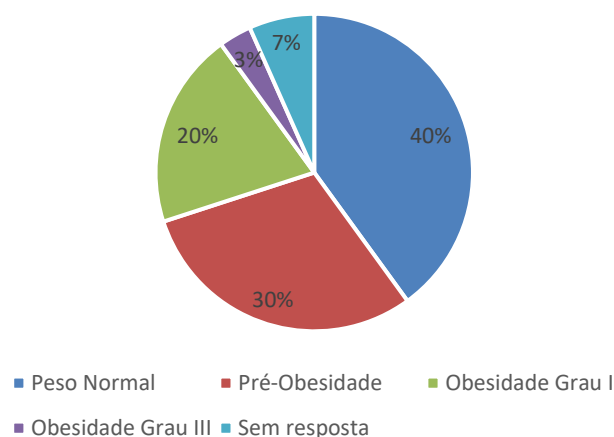


Gráfico 5 – IMC da população alvo
Fonte: Construção própria

Como se pode verificar no gráfico 5, atendendo ao peso e altura foi calculado o IMC através da formula recomendada ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$) e fornecida a sua devida classificação de acordo com o estipulado pela OMS.

Através da análise do gráfico de IMC da população alvo verifica-se assim que dos 30 idosos em estudo, existem 12 idosos que se encontram dentro do peso normal (40%), 9 idosos que se encontram em pré-obesidade (30%), 6 idosos em obesidade grau I (20%) e 1 idoso que já se encontra classificado como obesidade grau III (3%). Desta forma, verifica-se que num total, entre **pré-obesidade e obesidade já se encontra uma percentagem de 53% dos idosos**, o que significa que este pode ser um dos fatores que limitam a sua mobilidade e consequentemente a sua qualidade de vida, podendo desta forma daqui advir uma maior probabilidade para a ocorrência de quedas, sendo assim um fator de extrema importância a desenvolver para que o risco destas diminua.

Uma vez que os idosos incluídos na amostra tinham como critérios de inclusão uma idade igual ou superior aos 65 anos, todos se encontram reformados/aposentados, foi colocada a questão sobre qual a sua profissão, uma vez que o trabalho realizado ao longo das suas vidas pode influenciar positiva ou negativamente a sua mobilidade/funcionalidade atual. O intuito da questão colocada seria qual a profissão que exerciam anteriormente, no entanto, e sendo o

questionário de autopreenchimento, muitos dos idosos não entenderam a questão dessa forma, verificando-se um maior número de respostas como “reformado/a”. Relativamente à escolaridade, verifica-se no gráfico seguinte que 86,7% dos idosos têm o ensino básico e 13,3% dos alunos dividem-se nas restantes respostas, onde se inclui a resposta “sabe ler e escrever”.

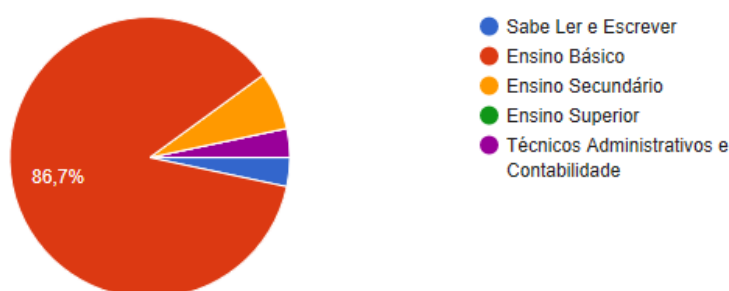


Gráfico 6 – Escolaridade dos idosos da Academia Sénior
Fonte: “Formulários Google”

No que respeita ao estudo do risco de quedas e para trabalhar na sua prevenção, é necessário tomar atenção a todos os fatores, tanto os fatores intrínsecos como os fatores extrínsecos, desta feita, foram avaliados também a utilização de dispositivos de visão e de audição, bem como a toma diária de medicação e se sim qual. Após análise dos dados colhidos pode verificar-se **que 93,3% dos idosos da Academia Sénior utilizam dispositivos de visão**, correspondendo quase à sua totalidade e **13,3% dos idosos utilizam dispositivos de audição**. Relativamente à toma diária de medicação, **83,3% dos idosos referem tomar medicamentos diariamente**.

Após análise de conteúdo da medicação registada pelos idosos da Academia Sénior, no questionário aplicado, foi possível verificar que os grupos terapêuticos que mais se distinguiram foram o grupo dos medicamentos anti hipertensores, o grupo dos antidiabéticos e o grupo terapêutico dos medicamentos antiarrítmicos.

De seguida os grupos que mais se destacaram, embora com menos percentagem foram os grupos dos medicamentos antidiabéticos orais e os medicamentos utilizados para o tratamento da depressão/ansiedade. São assim estes os grupos que mais relevância têm, pois afetam a maior parte da população alvo e podem vir a ter interferência na ocorrência de quedas no domicílio. Na tabela 1, abaixo elaborada encontram-se definidos os grupos e o respetivo número de idosos.

Grupo Terapêutico	Nº de idosos
<i>Anti- Hipertensores</i>	12
<i>Anti- Diabéticos Orais</i>	9
<i>Anticoagulantes</i>	3
<i>Antidepressivos</i>	6
<i>Inibidores bomba de prótons</i>	3
<i>Antidislipídicos</i>	10
<i>Vitaminas</i>	2
<i>Antiarrítmicos</i>	12
<i>Diuréticos da ansa</i>	2
<i>Inibidores enzimáticos</i>	1
<i>Analgésicos</i>	1

Tabela 1 – Divisão de medicação por grupo terapêutico
Fonte: Construção própria

Quando questionados sobre a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses surpreendentemente e tendo em conta todos os fatores de risco a que se encontram expostos, foram **10% os participantes que responderam afirmativamente**, sendo que as mesmas foram sem sequelas.

Após verificar que da totalidade dos participantes 10% sobressaem pela negativa, tendo já sofrido quedas nos últimos 12 meses, e tendo em conta os potenciais fatores de risco a que estão expostos justifica-se a aposta numa intervenção junto desta população com o intuito da promoção e prevenção das quedas e consequente aumento da literacia sobre a prevenção de quedas, através do incentivo a adesão a comportamentos preventivos no sentido de alcançar uma melhoria na sua qualidade de vida.

2.1.6 Instrumentos de colheita de dados

Por forma a certificar a necessidade de aplicação de um projeto de intervenção comunitária e a fim de recolher dados para análise e tratamento recorreu-se à aplicação de questionários e escalas à população alvo.

Como questionários foram aplicados:

Questionário de Caracterização Sociodemográfica:

A aplicação deste questionário permite analisar alguns dos dados pessoais dos participantes, os quais serão utilizados apenas para fins estatísticos e académicos.

O questionário sociodemográfico pretende fazer uma análise mais detalhada da população alvo, onde se consegue caracterizar o Idoso através de dados como sexo, idade, altura e escolaridade e obter dados de saúde que podem influenciar a ocorrência de quedas como a utilização de dispositivos de visão, utilização de dispositivos de audição, toma diária de medicação e se sofreu alguma queda nos últimos 12 meses.

Questionário SF12v2 – versão portuguesa:

O SF12 é um questionário de saúde desenvolvido nos Estados Unidos da América. Encontra-se já validado para vários países em mais que um continente (Gandek et al., 1998).

O questionário é constituído por doze perguntas e engloba maioritariamente a questão da saúde física e da saúde mental, com seis questões para cada vertente.

Inicialmente o questionário começa por perguntar sobre como os participantes avaliam a sua saúde, podendo as respostas ir de Excelente a Fraca.

No ponto dois questiona-se como a sua saúde os limita nas atividades de vida diárias. No ponto três pede-se que os participantes respondam de acordo com o seu estado de saúde físico, nas últimas quatro semanas, quanto tempo sentem algumas das dificuldades apresentadas. Já no ponto quatro pede-se aos participantes que respondam de acordo com o seu estado emocional, nas últimas quatro semanas, quanto tempo sentem algumas das dificuldades enumeradas.

No ponto cinco questiona-se de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal, nas últimas quatro semanas, sendo as respostas entre Absolutamente Nada e Imenso.

O ponto seis abrange várias questões para avaliar a forma como se sentiram durante as últimas quatro semanas, sendo as perguntas “Se sentiu calma/o e tranquila/o?”, “Se sentiu com muita energia?” e “Se sentiu deprimido/a” e as respostas podem variar de Sempre a Nunca.

No sétimo e último ponto, questiona-se se durante as últimas quatro semanas os problemas emocionais limitaram a sua atividade social. Como respostas podem-se obter desde Sempre a Nunca.

Este instrumento genérico de medição do estado de saúde foi validado e aplicado em Portugal pelo Exmo. Senhor Professor Catedrático Pedro Lopes Ferreira, o qual autorizou a sua aplicação no presente projeto de intervenção comunitária.

Como escalas:

Escala de Morse:

Os itens que constituem esta escala abrangem o historial de quedas nos últimos três meses, a existência de diagnósticos secundários, a necessidade de ajuda para caminhar, a existência ou não de terapia intravenosa, a postura no andar e nas transferências, bem como o estado mental.

As respostas são obtidas através da colocação de um círculo em volta de um número, sendo esse mesmo número uma pontuação. O total resulta da soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens avaliados. A pontuação final pode ir de 0 - 125 pontos, significando que o risco de queda aumenta quanto maior for o score obtido.

Esta é uma escala muito utilizada pelos profissionais de saúde em todos os serviços, pois é uma escala que nos fornece o score do risco de quedas de cada indivíduo.

Escala CIF:

A Escala de Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) é um sistema de classificação que descreve a situação de cada pessoa no seu contexto de vida. A CIF “...permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições e serve como enquadramento para organizar esta informação. Ela estrutura a informação de maneira útil, integrada e facilmente acessível” (DGS, 2004).

Esta escala engloba todos estes parâmetros: Mobilidade e Autocuidados, Competências Gerais, Competências Específicas, Sociabilidade e Manipulação e Manuseio. Cada parâmetro com diversas questões especificadas.

As respostas podem ser de 0 a 4, sendo que cada número corresponde: **0** – sem dificuldade; **1**- a maioria das vezes; **2**- com alguma dificuldade; **3**- com muita dificuldade; **4** – é incapaz.

Todos os questionários e escalas foram de autopreenchimento, após explicação detalhada sobre cada um deles, na presença da gestora do projeto e da enfermeira orientadora para esclarecimento de dúvidas existentes sobre o preenchimento dos mesmos, a fim de minimizar falsas interpretações das questões e tornar as respostas o mais perto da realidade possível.

2.1.7 Apresentação e análise dos dados

Após a análise dos dados obtidos através da aplicação da **Escala de Morse** aos idosos da Academia Sênior verificou-se que nos últimos três meses **6,7% dos idosos têm um historial** de quedas.

No que se respeita aos diagnósticos secundários verifica-se que **33,3% dos idosos têm diagnósticos secundários**, ou seja, mais do que um diagnóstico associado o que aumenta o risco de problemas de saúde que podem debilitar o estado físico dos idosos e que 66,7% não refere ter diagnósticos secundários.

No item “ajuda para caminhar” e “terapia intravenosa” todos referem que, no que respeita ao primeiro item não têm “Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas”, e no segundo, referem não ter terapia intravenosa no domicílio.

Já no item postura no andar e nas transferências verifica-se que **13,3%** dos idosos referiram sentir-se “**debilitados**”, como se pode verificar no gráfico 7 abaixo. Esta é uma percentagem já bastante elevada do ponto de vista do próprio idoso, o que significa que é necessário intervir, tanto na prevenção das quedas como no fornecimento de alternativas para melhorar a performance e empoderar os idosos de conhecimentos para que de forma autónoma consigam reduzir essas mesmas dificuldades.

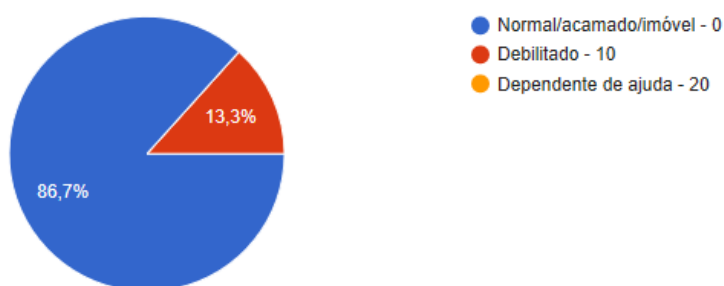


Gráfico 7 – Postura no andar e nas transferências I
Fonte: “Formulários Google”

Já no que respeita ao estado mental, 3,3% dos idosos referem que por vezes se esquecem das suas limitações atuais.

Esta é uma das questões fundamentais para que ocorram quedas nesta população, pois com o aumentar da idade as suas capacidades físicas vão diminuindo mas as suas capacidades mentais não acompanham essa diminuição, o que por vezes faz com que os idosos realizem tarefas que realizavam anteriormente e as quais podem originar quedas, como por exemplo, subir uma escada ou um banco, passear o animal de estimação, uso de calçado não adequado, entre muitas outras tarefas. Desta forma, verifica-se que as co-morbilidades associadas à idade são um fato importante na ocorrência de quedas, assim como o baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas, pelo fato da não tomada de consciência nas atividades que podem ou não realizar.

Através da aplicação da **Escala CIF** aos idosos da Academia Sénior, conseguiram-se obter resultados no que respeita ao grau de capacidade de realizar tarefas, que implica diretamente na sua funcionalidade. Esta é uma das escalas também utilizadas no âmbito hospital e na comunidade, por forma a conseguir obter resultados que nos consigam fornecer uma leitura mais rápida e eficaz da capacidade funcional de cada indivíduo.

Assim, após a análise dos resultados no programa estatístico da google, conseguiu-se verificar que 3,3% dos idosos referem conseguir realizar a sua rotina diária de forma autónoma a maior parte das vezes e **3,3% sentem alguma dificuldade**.

Relativamente à pergunta “É capaz de se ajoelhar e de se levantar do chão sozinha/o?” **23,3% dos idosos têm dificuldade em realizar a tarefa.**

Relativamente às questões “É capaz de levantar e transportar um garrafão de água, ou uma criança ao colo?” e “É capaz de andar cerca de 1km por diferentes locais como, areia, relva, cascalho, contornando obstáculos?” as dificuldades sentidas foram mais evidentes, correspondendo **a um total de 30% e 43,3%, respetivamente.**

No que se respeita à capacidade para se deslocar, subir e descer degraus dentro e fora de casa 3,3% referem incapacidade e os restantes **20% referem dificuldades de diferentes níveis.** No que se refere à utilização de transportes públicos, 3,3% também referem incapacidade, enquanto que 6,7% referem dificuldade de diferentes níveis.

No que diz respeito ao seu autocuidado, como lavar a cara, dentes, cabelo e genitais sozinho/a, apenas **3,3% referem incapacidade** e 3,3% já referem que conseguem a maior parte das vezes, mas não sempre. Na atividade calçar os sapatos sozinho todos referem realizar a tarefa sem dificuldade. Na atividade planear e fazer compras para o seu dia-a-dia e realizar as

tarefas de lida da casa de forma autónoma apenas 10% referem sentir algumas dificuldades mas ninguém se referiu incapaz. Já na capacidade de auxiliar um familiar nas tarefas do seu dia-a-dia, como alimentação, comunicação e deslocação 10% referem que a maior parte das vezes consegue e **10% referem ter alguma dificuldade**. No que se refere à participação em atividades de lazer que lhe sejam relevantes de forma autónoma, cerca de 3,3% referem sentir alguma dificuldade e 13,3% referem que conseguem participar a maioria das vezes.

Já nas competências gerais verifica-se um aumento das dificuldades sentidas na realização das tarefas, sendo que no que diz respeito à capacidade de realizar duas tarefas aos mesmo tempo, **20% dos idosos respondem a maioria das vezes e 6,7% referem sentir alguma dificuldade**. Na utilização de dispositivos de comunicação 3,3% dos idosos referem incapacidade sendo que 26,7% referem sentir dificuldades de outros níveis. Na capacidade de conduzir um veículo de forma autónoma num trajeto desconhecido percebe-se que **23,3% referem incapacidade** e 6,7% refere que realiza a tarefa a maioria das vezes.

No que diz respeito às competências específicas, na capacidade de interpretação **16,7% dos idosos referem sentir algumas dificuldades**, já na pergunta que corresponde à capacidade de tomar a medicação de forma autónoma e controlar a sua alimentação pode-se verificar que 3,3% dos idosos sentem alguma dificuldade e **3,3% sentem muita dificuldade**.

No parâmetro sociabilidade da escala CIF, ao serem questionados sobre a sua capacidade de lidar com tarefas de responsabilidade quando se sentem ansiosos **20% responde que a maioria das vezes é capaz e 3,3% referem-se incapazes**. Na pergunta relativamente à capacidade de manter e finalizar uma conversa com várias pessoas em grupo, 13,3% responderam que conseguiam realizar a tarefa a maioria das vezes e 3,3% sente alguma dificuldade. A pergunta que causou mais impacto refere-se à capacidade de estabelecer e manter relações amorosas e/ou íntimas as respostas foram múltiplas, sendo que 78,8% dos alunos referem não sentir dificuldade.

Na pergunta “É capaz de participar ativamente em aspetos da vida social que lhe são relevantes? (Ex. Associações, clubes, casamentos, batizados, festas)” as respostas dos idosos foram maioritariamente positivas, ou seja, 83,3% não demonstram dificuldade, no entanto, 13,3% referem realizar esta tarefa a maioria das vezes e 3,3% com alguma dificuldade.

Relativamente ao parâmetro manipulação e manuseio avaliado pela escala CIF, 6,7% sentem alguma dificuldade na capacidade de apanhar uma agulha ou uma moeda se estiverem

em cima de uma mesa e na capacidade de se deslocar dentro e fora da sua casa com um produto de apoio, se necessário, as respostas também foram múltiplas, no entanto, 83,3%, refere não sentir dificuldade.

Com a avaliação dos dados verifica-se que existe necessidade de atuar perante a diminuição da mobilidade dos alunos da Academia Sénior, a qual interfere de forma direta na realização das suas atividades de vida diárias.

Após avaliação dos resultados obtidos com a aplicação do **Questionário do estado de saúde SF12v2**, conseguiram-se reunir alguns dados importantes sobre a perceção dos idosos relativamente à sua saúde e estado de espírito e a implicação que estes têm na realização das suas AVD físicas e emocionais.

Com a aplicação do Questionário de Saúde SF 12- v2, foram questionados sobre o que diriam da sua saúde em geral, verificando-se que 46,7% considera a sua saúde Boa.

Na questão onde se verifica se o seu estado de saúde o limita na realização das suas atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa, 50% dos idosos não se sentem nada limitados e dentro dos outros 50%, **26,7% encontram-se um pouco limitados e 23,3% encontram-se muito limitados.**

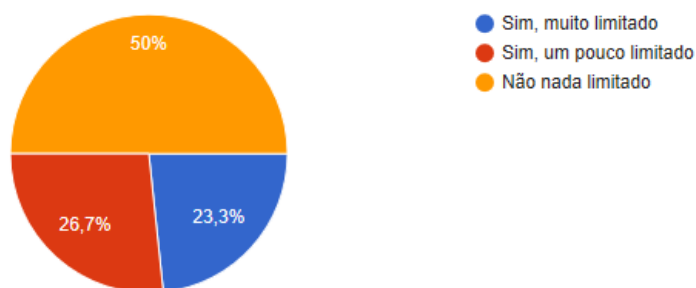


Gráfico 8 – Limitação de atividades moderadas como aspirar a casa ou deslocar uma mesa
Fonte: “Formulários Google”

Quando questionados se o seu estado físico ou emocional interferia na realização das suas atividades de vida, relativamente ao estado físico 40% respondem que nunca interfere, 16,7% que a maior parte do tempo interfere, 26,7% que algum tempo interfere, 13,3% que interfere pouco tempo e 3,3% respondem que interfere sempre.

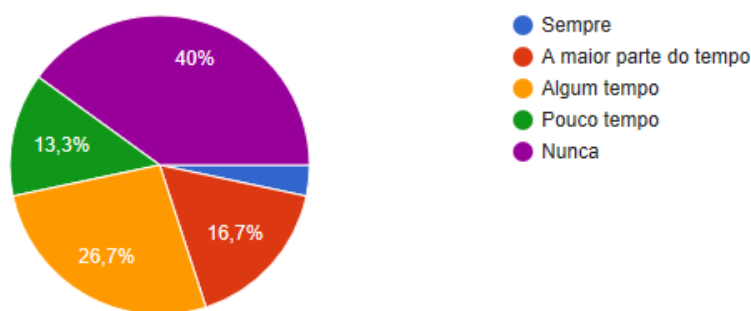


Gráfico 9 – Estado físico interfere na realização das suas AVD
Fonte: “Formulários Google”

Já no que respeita ao seu estado emocional 36,7% respondem que nunca interfere mas existe uma maior percentagem que refere interferir de alguma forma, sendo esta de 63,3%.

Ao longo do questionário também foram colocadas questões relacionadas com a dor, com o estado de espírito, com a ansiedade e com o nível de energia que o aluno sentiu. Verificando-se que 43,3% dos idosos referem que a dor não interfere absolutamente nada, 20% que interfere um pouco, 13,3% moderadamente, **16,7% bastante e 6,7% referem que a dor interfere imenso com o seu trabalho normal.**

Ao fazer a análises dos dados demonstrados pode-se verificar que nas últimas quatro semanas os idosos da Academia Sénior sentiram-se mais tempo tranquilos e calmos e com muita energia do que deprimidos, embora ainda conste que **13,3% dos idosos se sentiram sempre deprimidos.** Pode verificar-se desta forma que a atividade social também tem um papel fundamental para melhorar o estado de saúde, e quando questionados sobre se esta ficou limitada devido ao estado de saúde ou emocional as respostas foram maioritariamente positivas, referindo 63,3% dos alunos que esta nunca fica limitada, 13,3% que fica apenas um pouco, 20% dos alunos algum tempo e apenas 3,3% os afeta a maior parte do tempo. Embora sejam em menor número os alunos em que o seu estado de saúde ou emocional afetam a sua atividade social, é necessário intervir nesta pequena parte e prevenir os restantes para que os valores não tendem a aumentar, assim como em todas as outras atividades. Desta forma, verifica-se que existem problemas de saúde físicos e emocionais que limitam as AVD dos alunos desta Academia Sénior, verificando-se que existe assim um problema.

2.1.8 Diagnóstico de enfermagem

Para análise dos dados colhidos optou-se pela utilização da técnica de “Brainstorming” com a gestora do projeto, junto da equipa multidisciplinar da UCC e com a Coordenadora da Academia Sénior a fim de se chegar a um consenso sobre as necessidades da população alvo. Esta técnica é desenvolvida em grupo, os participantes vão responder a uma questão primordial e o ênfase da reunião consiste na produção de ideias, sem dar lugar a críticas e sem avaliação. Todos os elementos do grupo estão presentes junto dos outros (Tavares, 1990).

Analisando todos os indicadores anteriormente referidos, foi utilizada como técnica de identificação de problemas e necessidades a pesquisa de consenso. Para Tavares (1990: 64) “um consenso, obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável”. Esta etapa do planeamento consiste na identificação dos problemas e necessidades que por sua vez tornam importantes as ações que se vão desenvolver e têm ainda como finalidade motivar os diversos profissionais de saúde para os problemas sobre os quais se vai intervir, bem como enfatizar a importância do trabalho que se vai desenvolver. Os elementos que participam em pesquisas de consenso vão sentir-se mais próximos e mais motivados para serem agentes promotores do projeto (Tavares, 1990).

A concordância entre o diagnóstico e as necessidades vai determinar a pertinência do plano de intervenção. Este funciona como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Desta forma, e em concordância com a coordenadora da Academia Sénior foram identificados os seguintes problemas de saúde da população alvo:

1. Baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas;
2. Polimedicação;
3. Excesso de peso;
4. Problemas de saúde físicos que limitam a realização das AVD;
5. Problemas de saúde emocionais que limitam a realização das AVD;
6. Co-morbilidades associadas à idade (pessoas com > 65anos).

2.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é **a segunda etapa** do processo de planeamento em saúde. Este é um processo que visa a tomada de decisão, procurando entender qual o problema que deve ser resolvido em primeiro lugar. A escolha dos critérios é um passo crítico neste processo, pois é daí que resulta a lista final de prioridades. Esta etapa pode-se tornar subjetiva, uma vez que depende das preferências do próprio planificador, porém, esta deve ser o mais objetiva possível (Tavares,1990).

A determinação destas prioridades deve ser assim feita por um grupo extenso e multidisciplinar, que sejam peritos na área onde desenvolvem cuidados, e neste caso na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, onde os critérios a adotar e o respetivo peso dependam de um consenso entre esta mesma equipa. Solicita-se, desta forma, a este grupo que determina as prioridades que se debruce sobre o conjunto de problemas identificados na fase anterior, ordenando-os consoante a sua prioridade (Tavares, 1990).

Para Tavares (1990:86) citando Imperatori e Giraldes (1982),” existem três critérios para a determinação de prioridades, **a magnitude**, caracterizando o problema na sua dimensão, **a transcendência**, valorizando as mortes por grupo etário e **a vulnerabilidade**, correspondendo à possibilidade de prevenção”.

Existem também outros critérios que têm vindo a ser utilizados para a determinação das prioridades, como por exemplo conhecimento sobre os problemas e seus fatores de risco, a pertinência da implementação do problema, a gravidade do problema, a sua exequibilidade, a disponibilidade de recursos, a conformidade legal, a aceitabilidade de um projeto (quer pela população quer pela instituição), a sua vulnerabilidade e transcendência. No entanto, não é necessária a utilização de todos estes critérios, basta a escolha de três ou quatro e o consenso obtido através da reunião multidisciplinar com os peritos (Tavares, 1990).

Por forma a reforçar e validar a escolha do problema foram utilizadas duas técnicas de determinação de prioridades, a técnica de comparação por pares e a técnica de grelha de análise.

A técnica de comparação por pares permite que seja feita a comparação entre dois problemas de cada vez, sendo que cada um irá ser comparado com todos os outros (Tavares, 1990).

Sendo que os problemas identificados foram:

- Baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas;
- Polimedicação;
- Excesso de peso;
- Problemas de saúde físicos que limitam a realização das AVD;
- Problemas de saúde emocionais que limitam a realização das AVD;
- Co-morbilidades associadas à idade (pessoas com > 65anos).

A comparação por pares segundo Tavares (1990: 97) “permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros”. Por cada par, escolhe-se o problema que é considerado mais relevante, tornando-se deste modo possível fazer a ordenação final a partir da enumeração do n.º de vezes que cada problema foi escolhido como sendo o mais relevante (Tavares, 1990).

Após a aplicação desta técnica pela gestora do projeto com a enfermeira orientadora do estágio final e a Coordenadora da Academia Sénior, emergiram como mais importantes, ou mais prioritários o problema 4 que corresponde a “Problemas de saúde físicos que limitam a realização de AVD” e logo a seguir com a mesma percentagem cada um o problema 1 e 2, que correspondem ao “Baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas” e “polimedicação”, respetivamente.

Desta forma, verificou-se a necessidade de aplicação de uma outra técnica de determinação de prioridades, a fim de reforçar quais os problemas prioritários.

A técnica de grelha de análise permite identificar prioridades através dos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e os seus fatores de risco, capacidade técnica de resolver o problema, e exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990).

Com a aplicação do método de grelha de análise a todos os problemas identificados anteriormente, e tendo em conta que quanto menor for o seu score maior é o grau de recomendação para intervenção, verifica-se assim que os problemas que mais se destacaram foram o problema 1 que corresponde ao “Baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade

de ocorrência de quedas” e o problema 4 que se refere a “Problemas de saúde físicos que limitam a realização das AVD” com score de 1 e 3 respetivamente.

Assim, após a aplicação das duas técnicas de determinação de prioridades verifica-se que os problemas com maior nível de recomendação e com mais importância relativamente aos seus pares e que assim carecem de uma intervenção por parte dos intervenientes do projeto, são os seguintes:

- Baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas;
- Problemas de saúde físicos que limitam a realização das AVD.

2.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Aqui encontra-se a **terceira etapa** do planeamento em saúde e consiste na fixação de objetivos, os quais devem ser bem formulados e explicar os tipos de comportamentos que são adequados e pertinentes. Devem conter os elementos que sejam considerados fundamentais à tomada de decisão, que é necessária ao longo do decorrer do processo de planeamento de saúde (Tavares, 1990).

Existem 4 características fundamentais para a formulação de um objetivo, estes devem ser: pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos para o presente projeto, por forma a conseguir delimitar o problema existente e tentar assim resolver através do estabelecimento não só de um objetivo geral como também de quatro objetivos mais específicos:

Objetivo Geral:

- Capacitar os Idosos com idade igual ou superior a 65 anos de uma Academia Sénior do Norte Alentejano para a prevenção de quedas

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a população alvo em relação ao risco de quedas;

- Identificar os fatores de risco da população através da aplicação do questionário SF12-v2 e escala de Morse;
- Desenvolver um programa de formação através da realização de sessões de educação para a saúde entre outras atividades;
- Identificar os fatores de risco no domicílio dos Idosos com idade igual ou superior a 65 anos da Academia Sénior com score médio ou alto risco de queda através da aplicação de uma Checklist de identificação de fatores de risco físicos.

Metas:

Objetivo 1: Até setembro de 2019, 100% dos Idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior deverão ter preenchido o questionário de Caracterização Sociodemográfica e clínico/funcional;

Objetivo 2: Até setembro de 2019, 100% dos Idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior deverão ter preenchido o questionário SF12 e escala de Morse;

Objetivo 3: Até dezembro de 2019, 100% dos Idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior deverão ser submetidos a ações de educação para a saúde sobre a importância da prevenção das quedas;

Objetivo 4: Até janeiro de 2020, deverão ser identificados os fatores de risco físicos que levem à ocorrência de quedas no domicílio aos Idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior com score de médio ou alto risco de queda.

Para realização da avaliação dos objetivos propostos foram elaborados os seguintes indicadores de avaliação:

Objetivo 1:

(nº de questionários de caracterização sociodemográfica aplicados/nº total de idosos da Academia Sénior) X 100%

Objetivo 2:

(nº de questionários SF12v2 aplicados /nº total de idosos da Academia Sénior) X 100%

(nº de escalas de Morse aplicadas/nº total de idosos da Academia Sénior) X 100%

Objetivo 3:

(nº de idosos que participaram no programa de formação/nº total de idosos que participam no projeto) X 100%

Objetivo 4:

(nº de idosos que participam no preenchimento da checklist sobre os fatores de risco físicos das quedas/nº total de idosos com score médio e alto de risco de queda) X 100%

2.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Esta é uma das etapas fundamentais do planeamento em saúde pois permite estabelecer qual o processo mais adequado para dar resposta aos diagnósticos identificados como prioritários e para atingir os objetivos traçados e as suas respetivas metas.

Define-se assim como estratégia de saúde “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”(Imperatori & Giraldes, 1993:87).

Com a elaboração das estratégias conseguimos delinear qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde identificados como prioritários. É fundamental a definição detalhada de cada estratégias, tendo em conta a sua eficaz aplicabilidade, analisando os recursos humanos, materiais ou financeiros, que pode levar, caso exista alguma falha à revisão dos objetivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Tavares (1990: 145) “sendo uma etapa que pede uma grande criatividade por parte dos planificadores, deve, contudo, incluir um conjunto de passos para a conceção e seleção da estratégia a adotar”.

A escolha da estratégia a realizar deve ser feita em função de quatro parâmetros, sendo estes: custos de cada estratégia, obstáculos a cada estratégia, pertinência de cada estratégia e vantagens e inconvenientes de cada estratégia (Tavares, 1990: 149).

As estratégias potenciais podem ser novas ou podem retomar estratégias já existentes, nesta fase devem esboçar-se as grandes linhas que devem cobrir

“a descrição dos resultados esperados, dos grupos de população a atingir e das técnicas a utilizar, a escolha dos equipamentos e do pessoal, as necessidades essenciais em serviços de apoio e uma estimativa grosseira de custos para os vários níveis de cobertura” Imperatori e Giraldes (1993:67).

Para Imperatori e Giraldes (1993), em caso de existirem várias estratégias alternativas delineadas e caso os recursos sejam insuficientes para permitir que todas as estratégias sejam implementadas devem ser escolhidas as mais exequíveis.

Para a elaboração do presente projeto foram escolhidas as seguintes estratégias:

- **Promoção e Educação para a Saúde**

O conceito de promoção da saúde é um assunto do qual se ouve falar deste há muitos anos, sendo que a sua primeira abordagem está associada à primeira Conferência Internacional para a promoção da saúde que decorreu em 1986, da qual emergiu a carta de Ottawa, que define promoção para a saúde como

“O processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo, ou grupo, devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, bem como satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A saúde é entendida como um recurso para a vida, não como uma finalidade de vida. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas. Portanto, promoção da saúde não é apenas responsabilidade do sector da saúde, mas vai além estilos de vida saudáveis para bem-estar” (Carta de Ottawa, 1986).

Segundo a OMS, a

“Educação para a saúde não só se preocupa com a comunicação de informações, mas também com promover a motivação, habilidades e confiança (autoeficácia) necessárias para tomar medidas para melhorar saúde. Educação em saúde inclui a comunicação de informações relativas às condições sociais, económicas e ambientais que afetam a saúde, bem como fatores de risco individuais, comportamentos de risco e uso do sistema de cuidados de saúde. Assim, a educação em saúde pode envolver a comunicação de informações e desenvolvimento de habilidades de organização de várias formas de ação para abordar social, economicamente os determinantes ambientais da saúde” (OMS, 1998).

É fundamental que os indivíduos se encontrem devidamente informados sobre o seu estado de saúde e problemas de saúde atuais e que os preocupam, promovendo assim de forma eficaz e motivadora as suas capacidades e habilidades através da educação para a saúde. Desta forma,

conseguiremos melhorar a sua autoconfiança, dotando-os de capacidades para tomarem decisões conscientes baseadas em conhecimentos, para consequentemente melhorarem a sua qualidade de vida.

O MPS de Nola Pender vem confirmar que esta é uma das estratégias a adotar quando o objetivo é capacitar os indivíduos para o seu autocuidado, alterando assim comportamentos e hábitos, sendo que os próprios indivíduos têm um papel ativo nesta alteração de comportamentos.

O enfermeiro tem um papel crucial no planeamento e realização de educações para a saúde, por forma a conseguir dar resposta aos problemas reais da população alvo, dotando-os de conhecimentos para que os próprios adotem comportamentos e hábitos saudáveis na realização das suas tarefas diárias e assim consequentemente reduzir o risco de quedas a que estes estão expostos diariamente.

- **Empowerment individual**

Empowerment é uma palavra de origem inglesa que deriva de power, que significa poder, da mesma forma, na língua portuguesa, empoderar, tornar poderoso e empoderado, quem tem mais poder, empoderar ou empoderamento também vêm de poder. Entende-se, pois, que ao utilizarmos a palavra empowerment, estamos a usar um conceito cuja raiz se encontra no instrumento conceptual de “poder” (Pinto, 2011).

Pode-se assim verificar que o processo de empowerment é um caminho trilhado, de maneira formal ou informal, em direção à participação ativa dos indivíduos, organizações e comunidade, que lhes permitam ter voz, influência e capacidade de ação e decisão, sobre os temas que afetam suas vidas em diferentes momentos e circunstâncias (Horochovski, 2006 & Ornelas, 1997).

O empoderamento individual foi uma estratégia fundamental para a realização do presente Projeto, pois sem a participação ativa dos alunos da Academia Sénior não seria de todo passível a aplicação das atividades propostas.

Para Pinto, 2011, o empowerment individual revela-se então pela interação de quatro diferentes planos: autoestima, consciência crítica, competências e participação. A autoestima por procurar redefinir a identidade e o sentimento de competência pessoal, aumentando a confiança do próprio indivíduo. A consciência crítica que requer uma maior capacidade de

reflexão e análise social. Competências que levam à aquisição de capacidades para desenvolver a execução de ações. Por fim a participação, a qual se refere à valorização do indivíduo no seu envolvimento nos processos decisórios e na responsabilização pelas consequências da sua participação.

Por vezes a vontade de desistir é mais forte, a fraqueza toma conta de nós e até a ansiedade e depressão, fazem-nos sentir mais fracos e incapazes. Esta é uma definição comum a todos nós, não há um único indivíduo que não seja assombrado pelo lado negativo das suas emoções.

É aqui que o empoderamento individual pode fazer a diferença, pois ao capacitar o outro para a realização de uma tarefa ou ação estamos a capacitar-nos a nós mesmos. O próprio indivíduo tem de ser dotado de capacidades físicas e intelectuais para que consiga atingir os seus objetivos, realizar as suas tarefas diárias e conseguir superar-se e superar os seus medos.

Todos conseguimos, todos somos capazes! Mais que uma estratégia utilizada para capacitar os alunos da Academia Sénior foi uma aprendizagem fornecida pelos próprios, os quais foram, sem dúvida, quem teve maior poder de decisão e autonomia para realização de atividades e sugestão de alternativas.

- **Visitação domiciliária enquanto estratégia de intervenção**

A visitação domiciliária foi utilizada para a realização de uma das atividades propostas, sendo esta a aplicação da Checklist de verificação de fatores de risco existentes no domicílio. Esta é uma intervenção mais intimista, que apenas se permite ser realizada quando o participante conhece de forma concreta os objetivos do estudo e aceita nele participar sem impor qualquer obstáculo.

Segundo Paim & Almeida Filho, 1998, a maior aproximação ao contexto de vida dos indivíduos possibilita a valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde, das vivências dos indivíduos e dos profissionais de saúde, abrindo espaços de comunicação e diálogo entre saberes e práticas, além de novas perspetivas para a reflexão e ação.

A utilização da visitação domiciliária foi então uma forma muito mais eficaz de verificar os fatores de risco existentes no domicílio dos alunos da Academia Sénior, pois possibilitou a aplicação de medidas corretivas no domicílio dos idosos, com o seu consento, aceitação e participação ativa.

- **Estabelecer parcerias com agentes locais**

O estabelecimento de parcerias com agentes locais foi utilizada como forma de estratégia uma vez que o nosso parceiro local mais ativo foi a Câmara Municipal, onde a Academia Sénior foi criada.

Foi uma mais valia, tanto para a realização do Projeto como para a sugestão e implementação de melhorias no município, o qual não se encontrava alerta para os fatores de risco externos de quedas a que os idosos estavam expostos diariamente.

Também foi estabelecida parceria com um agente do distrito, sendo a Professora de Yoga do PADMA, a qual se disponibilizou de imediato para colaborar e participar no Projeto, por forma a conseguirmos juntos contribuir para a melhoria da mobilidade dos idosos, a fim de os capacitar para encarar de forma mais confiante os obstáculos colocados no que ao risco de quedas diz respeito.

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe” Clarice Lispector

2.5 PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Esta é a etapa que tem mais pontos em comum com as fases que a antecedem e a procedem. É fundamental lembrar que no planeamento em saúde, qualquer uma das suas fases está ligada à anterior e à seguinte, sendo este um processo contínuo e por vezes retroativo, o que faz dele mais moroso, mas ao mesmo tempo torna-o mais pecunioso (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa do planeamento, surge sobretudo com intenções de aprendizagem, não aparecendo identificada em muitos esquemas de planeamento em saúde. Pretende mostrar as relações existentes entre as diferentes atividades, evitar sobreposições e acumulação excessiva de tarefas em determinados períodos, detetar dificuldades na execução, antecipar recursos e auxiliar a realização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nesta fase, o estudo das atividades necessárias deverá corresponder à execução das estratégias definidas nas etapas que procedem esta fase. Depois de se estabelecerem os programas e projetos e existindo a aprovação dos mesmos deverá ficar explícito quando, onde

e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda ser definido quem ficará responsável de as dirigir e executar (Imperator & Giraldes, 1993).

Tal como referem Imperatori e Giraldes (1993), esta fase do processo de planeamento consiste essencialmente em definir pormenorizadamente os resultados a obter com a realização do projeto, estabelecer uma lista de atividades e precisar como cada uma delas foi realizada, bem como determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo e executar um calendário detalhado da execução do projeto. A especificação detalhada das atividades a realizar deverá ter em conta principalmente as atividades a realizar entre os 6 – 12 meses seguintes. As atividades posteriores deverão ser apenas delineadas.

A elaboração das atividades apresentadas foram de encontro aos objetivos fixados anteriormente, a fim de lhes dar resposta, tendo em conta não só a aceitação da população como a implementação das mesmas, sem custos adicionais excessivos.

A especificação detalhada das atividades realizadas nesta fase do processo de planeamento em saúde permite definir mais pormenorizadamente os resultados que se obtiveram com o projeto. Desta feita, procede-se à elaboração de tabelas onde se pode verificar como, onde e quando as atividades foram desenvolvidas, sendo que podem sofrer alterações e melhoramento contínuo no decorrer do desenvolvimento do projeto (Imperator & Giraldes, 1993).

ATIVIDADE 1: Aplicação dos instrumentos de colheita de dados

A primeira atividade realizada foi a aplicação dos instrumentos de colheita de dados anteriormente abordados, sendo eles a Escala de Morse, Escala CIF, Questionário de Saúde SF12v2 e o Questionário Sociodemográfico à população alvo, idoso da Academia Sénior.

Os instrumentos foram preenchidos de forma autónoma pelos participantes, no seu domicílio, após explicação detalhada de instruções para o seu preenchimento. Foram distribuídos individualmente numa das aulas da Academia Sénior, no domicílio dos participantes pela gestora do projeto, pela Coordenadora da Academia Sénior e também pela Enfermeira orientadora do estágio final.

ATIVIDADE 2: Apresentação à população alvo dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados

Esta foi a segunda atividade realizada, uma vez preenchidos os instrumentos de colheita de dados pela população alvo, os dados foram analisados e foi então elaborada uma EPS para dar conhecimento dos resultados e validação dos mesmos.

Foi uma atividade com muita adesão, uma vez que os próprios idosos ficaram com bastante interesse em saber como os próprios num todo classificaram o seu estado de saúde nos diversos instrumentos aplicados, quer no Questionários Sociodemográfico, na aplicação da Escala de Morse, Escala CIF e também com o Questionário de Saúde SF12-v2.

A atividade foi realizada num espaço cedido pela Câmara Municipal, numa sala ampla com condições adequadas à realização de EPS, com computador e projetor próprios, situada no Centro Cultural do Município, onde se realizam a maior parte das aulas da Academia Sénior.

<i>Atividade</i>	Apresentação à população alvo dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados
<i>Métodos</i>	Método expositivo
<i>Recursos Materiais</i>	Espaço físico, computador, projetor
<i>Recursos Humanos</i>	Enfermeira Gestora do Projeto Enfermeira Orientadora do Projeto Alunos da Academia Sénior
<i>Plano da Sessão</i>	Apêndice IX

Tabela 2 - Descrição da atividade 2
Fonte: Construção própria

ATIVIDADE 3: Sessão de EPS “Antes de cair, prevenir”

Esta foi a terceira sessão realizada, e tendo em conta os dados colhidos foi de encontro às necessidades sentidas e ao estabelecimento de prioridades, neste caso específico a fim de dar resposta ao problema “baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas”.

Foi definido como objetivo da sessão: Informar e sensibilizar os alunos da Academia Sénior sobre o risco e prevenção de quedas no domicílio.

Os temas abordados na sessão prenderam-se essencialmente com:

- Fatores de risco no domicílio;
- Complicações das quedas;
- Prevenção das quedas no domicílio;
- Exercícios de postura e equilíbrio.

Como colaboradores nesta atividade, a fim de trabalhar a postura e o equilíbrio com os participantes, tivemos a fisioterapeuta do Centro de Saúde do Município.

A atividade foi realizada num espaço cedido pela Câmara Municipal, numa sala ampla com condições adequadas à realização de EPS, com computador e projetor próprios, situada no Centro Cultural do Município, onde se realizam a maior parte das aulas da Academia Sénior.

<i>Atividade</i>	Sessão de EPS “Antes de cair, prevenir”
<i>Métodos</i>	Método expositivo
<i>Recursos Materiais</i>	Espaço físico, computador, projetor
<i>Recursos Humanos</i>	Enfermeira Gestora do Projeto Enfermeira Orientadora do Projeto Alunos da Academia Sénior
<i>Plano da Sessão</i>	Apêndice X

Tabela 3 - Descrição da atividade 3
Fonte: Construção própria

ATIVIDADE 4: Aula de yoga na cadeira a fim de promover a mobilidade e o bem estar físico e emocional dos Idosos

Esta atividade foi sugerida no decorrer da primeira sessão e aceite pelos participantes com muito agrado e motivação. Juntamente com a gestora do Projeto e com a enfermeira orientadora do estágio final os participantes foram envolvidos no processo de decisão sobre a aula que mais se adequava a eles e a qual lhes dava mais interesse, passando pelas aulas de ginástica, hidroginástica, pilates e yoga na cadeira. Entre todos a aula escolhida foi a aula de yoga.

A realização desta atividade foi também de encontro às prioridades estabelecidas, a fim de dar resposta ao problema “problemas de saúde físicos que limitam a realização das AVD”.

Foi definido como objetivo da sessão: Promover a mobilidade e o bem-estar físico e emocional dos idosos da Academia Sénior.

O conteúdo abordado foi a realização de exercícios de yoga na cadeira com os participantes, com a colaboração e parceria estabelecida com a professora de Yoga do PADMA, a qual se disponibilizou para dar a aula e ensinar alguns exercícios possíveis de realizar no domicílio e de forma segura.

A atividade foi realizada num espaço cedido pela Câmara Municipal, numa sala ampla com condições adequadas à realização de atividades, com cadeiras e extensões para ligar a coluna para colocar musica adequada, situada no Centro Cultural do Município, onde se realizam a maior parte das aulas da Academia Sénior.

<i>Atividade</i>	Aula de yoga na cadeira a fim de promover a mobilidade e o bem estar físico e emocional dos Idosos
<i>Métodos</i>	Método demonstrativo e interativo
<i>Recursos Materiais</i>	Espaço físico, coluna de som, cadeiras
<i>Recursos Humanos</i>	Professora de Yoga do PADMA Enfermeira Gestora do Projeto Enfermeira Orientadora do Projeto Alunos da Academia Sénior
<i>Plano da Sessão</i>	Apêndice XI

Tabela 4 - Descrição da atividade 4
Fonte: Construção própria

ATIVIDADE 5: Sessão de Educação para a saúde “Obstáculos no exterior”

A atividade cinco vai de encontro ao problema levantado, tendo em conta o estabelecimento de prioridades ao problema “baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas”.

Foi definido como objetivo da sessão: Informar e sensibilizar os idosos da Academia Sénior sobre os obstáculos existentes no exterior que aumentam o risco de quedas nos idosos.

Os temas abordados na sessão prenderam-se essencialmente com:

- Fatores de risco no exterior;
- Complicações das quedas;

- Prevenção das quedas no exterior.

A atividade foi realizada num espaço cedido pela Câmara Municipal, numa sala ampla com condições adequadas à realização de EPS, com computador e projetor próprios, situada no Centro Cultural do Município, onde se realizam a maior parte das aulas da Academia Sénior.

Posteriormente à realização da EPS foi solicitado aos idosos que participaram da sessão para identificarem os fatores de risco físicos existentes nas ruas do Município que podiam levar à ocorrência de quedas a fim de se solicitar a aplicação de medidas corretivas por parte da autarquia, para as quais a mesma não se encontrava desperta.

<i>Atividade</i>	Sessão de Educação para a saúde “Obstáculos no exterior”
<i>Métodos</i>	Método expositivo
<i>Recursos Materiais</i>	Espaço físico, projetor, computador
<i>Recursos Humanos</i>	Enfermeira Gestora do Projeto Enfermeira Orientadora do Projeto Alunos da Academia Sénior
<i>Plano da Sessão</i>	Apêndice XII

Tabela 5 - Descrição da atividade 5
Fonte: Construção própria

ATIVIDADE 6: Sessão de Educação para a saúde “Obstáculos no domicílio”

A atividade seis vai de encontro ao problema levantado, tendo em conta o estabelecimento de prioridades ao problema “baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas”.

Foi definido como objetivo da sessão: Informar e sensibilizar os idosos da Academia Sénior sobre os obstáculos existentes no domicílio que aumentam o risco de quedas.

Os temas abordados na sessão prenderam-se essencialmente com:

- Obstáculos no domicílio que aumentam o risco de quedas nos idosos.

A atividade foi realizada num espaço cedido pela Câmara Municipal, numa sala ampla com condições adequadas à realização de EPS, com computador e projetor próprios, situada no Centro Cultural do Município, onde se realizam a maior parte das aulas da Academia Sénior.

Posteriormente à realização da EPS foi realizado um simulacro para contorno de obstáculos no domicílio, anteriormente delineado pela gestora do projeto e pela enfermeira orientadora do estágio final, na própria sala onde se realizou a EPS, a fim de se identificar pessoalmente e em conjunto com os participantes os obstáculos físicos existentes no domicílio e confirmar assim a informação cedida.

<i>Atividade</i>	Sessão de Educação para a saúde “Obstáculos no domicílio”
<i>Métodos</i>	Método expositivo
<i>Recursos Materiais</i>	Espaço físico, projetor, computador
<i>Recursos Humanos</i>	Enfermeira Gestora do Projeto Enfermeira Orientadora do Projeto Alunos da Academia Sénior
<i>Plano da Sessão</i>	Apêndice XIII

Tabela 6 - Descrição da atividade 6
Fonte: Construção própria

ATIVIDADE 7: Aplicação de Checklist de verificação de fatores de risco físicos no domicílio aos Idosos com score médio e alto na escala de Morse

A atividades sete foi a última atividade realizada, pois exige um estabelecimento de confiança e empatia do gestor do projeto com os seus participantes, a fim de perceberem a importância da realização da mesma e cederem o seu domicílio para a aplicação da Checklist.

A Checklist de verificação de fatores de risco físicos no domicílio (Apêndice XIV) foi aplicada a cinco Idosos com mais de 65 anos da Academia Sénior, com score médio de risco de queda e preenchida através do método observacional pela gestora do Projeto.

Foi necessária a colaboração da enfermeira orientadora do estágio final, descolando-nos aos domicílios em viatura própria, com despesas associadas que ficaram à responsabilidade da gestora do Projeto.

Após análise observacional dos obstáculos existentes no domicílio dos participantes selecionados foram aplicadas medidas corretivas no momento e feitas sugestões à Câmara Municipal a fim de poder colocar corrimão de apoio com cadeira adaptada no polibã da casa de banho de uma das participantes, a qual refere não ter meios económicos suficientes para a realização das alterações necessárias.

Os participantes foram recetivos às sugestões de alteração dos obstáculos presentes no seu domicílio, a fim de melhorar a sua qualidade de vida, facilitar o seu dia-a-dia e com isso prevenir a ocorrência de quedas, minimizando os fatores de risco.

Após cada visitação domiciliária foi feita a divulgação e distribuição de um folheto informativo sobre prevenção de quedas realizado anteriormente pela gestora do projeto.

<i>Atividade</i>	Aplicação de Checklist de verificação de fatores de risco físicos no domicílio aos Idosos com score médio e alto na escala de Morse
<i>Métodos</i>	Método observacional
<i>Recursos Materiais</i>	Computador, impressora, folhas A4
<i>Recursos Humanos</i>	Enfermeira Gestora do Projeto Enfermeira Orientadora do Projeto Alunos com score médio e alto da academia sénior

Tabela 7 - Descrição da atividade 7

Fonte: Construção própria

Para uma melhor visualização das atividades desenvolvidas elaborou-se o cronograma de atividades, o qual se trata de uma exposição gráfica que identifica o tempo e as atividades que fazem parte do projeto (Imperator & Giralde, 1993).

Para Imperator e Giralde, 1993, a realização de um cronograma de atividades é a possibilidade de observar conjuntamente as diferentes tarefas ou atividades que fazem parte do projeto, informando-nos na fase preparatória, através de um visionamento de forma geral, da acumulação ou distribuição de tarefas em determinados períodos e durante a execução, bem como do atraso e do avanço existente na realização.

O cronograma de atividades pode ser observado no Apêndice VII.

2.5.1 Previsão de recursos

Para a elaboração de um projeto de intervenção comunitária, a determinação dos recursos financeiros é fundamental e deve estar devidamente equiparada à necessidade de recursos humanos e materiais.

Os recursos humanos necessários para a realização do presente projeto foram:

- Enfermeira mestranda;
- Enfermeira orientadora do estágio final;
- Coordenadora da Academia Sénior;
- Idosos da Academia Sénior;
- Restantes elementos da equipa da UCC do Centro de Saúde;
- Fisioterapeuta do Centro de Saúde;
- Professora de Yoga do PADMA.

No que respeita aos recursos materiais, pode-se verificar que foram necessários os seguintes recursos:

- Sala para realização das sessões de EPS
- Computador
- Impressora
- Folhas A4
- Projetor
- Cadeiras
- Carro
- Coluna de som
- Canetas

Todos os custos financeiros relativos à realização do presente projeto foram suportados pelo Centro de Saúde, no que respeita a impressões, participação dos enfermeiros e da fisioterapeuta a ele alocados e cedência de viatura para aplicação de Checklist no domicílio dos idosos. A Câmara Municipal também manifestou uma posição ativa face à realização e

implementação do projeto, auxiliando relativamente a impressões de folhetos e cedência de sala apropriada para realização das sessões de EPS, bem como do projetor, cadeiras e condições físicas. Relativamente à realização das aulas de yoga foram delicadamente lecionadas pela professora de forma gratuita, empenhada ela também em participar do projeto e contribuir para o seu desenvolvimento, assim como a cedência de uma coluna de som e a sua amabilidade. Restantes custos ficaram a cargo da mestrandia, os quais foram suportáveis tendo em conta todas as ajudas de custo que foram gentilmente cedidas ao longo do tempo.

		Custo Unitário	Quantidade	Custo total
Recursos Humanos	Enfermeiras	10€	2h/Atividade	140€
	Fisioterapeuta	8€	4h	32€
	Professora de Yoga	12€	4h	48€
Recursos Materiais	Sala para realização das sessões de EPS	5€	2h/Atividade	30€
	Computador	Próprio	---	---
	Impressora	Centro de Saúde	---	---
	Folhas A4	Três caixas	15,99€/cada	47,97€
	Projetor	Incluído na sala	---	---
	Cadeiras	Incluído na sala	---	---
	Combustível	1,16€	60litros	69,60€
	Coluna de som	49,95€	1	49,95€
	Canetas	0,30€	4	1,20€
	Custo total			418,72€

Tabela 8 – Custos totais do Projeto
Fonte: Construção própria

2.6 PLANEAMENTO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A avaliação é a última etapa do processo de planeamento em saúde. O processo de avaliação tem uma finalidade corretiva, uma vez que consiste em comparar algo com um modelo ou padrão pré-existente (Imperator & Giraldez, 1993). A avaliação permite que os objetivos e as estratégias se confrontem de modo a adequarem-se (Tavares, 1990).

As avaliações podem ser:

“segundo as disponibilidades dos dados: retrospectivas ou prospetivas, segundo a tipologia dos dados disponíveis: qualitativas ou quantitativas, de acordo com a implementação das atividades: internas e externas, segundo as componentes dos serviços prestados estas podem visar a estrutura ou os resultados e a nível da validade pode ser interna ou externa.” (Tavares, 1990: 207).

Esta etapa precisa de ser cuidada com vista a que se obtenham conclusões sensatas e propostas úteis. Deve ser baseada em informações consideradas relevantes (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação do presente Projeto foi feita em cada atividade realizada, como será descrito posteriormente, a fim de se poder implementar medidas corretivas, bem como com a reaplicação dos instrumentos de colheita de dados que se consideraram mais importantes para o tema em estudo, sendo que foram reaplicados a Escala de Morse e o Questionários de Saúde SF12-v2 aos 30 idosos com mais de 65 anos da Academia Sénior do Norte Alentejano.

Durante a realização das atividades foi feita uma avaliação intermédia, como estabelecido no cronograma de atividades, a fim de verificar se os parâmetros exigidos estavam a ser cumpridos e estabelecer assim o ponto da situação.

A reaplicação dos questionários permitiu assim a comparação dos resultados iniciais com os finais, após a realização das atividades com os participantes, a fim de verificar a eficácia, importância e impacto que estas tiveram na população alvo.

Esta avaliação intermédia da realização do projeto de intervenção para mais facilmente se identificar quais os parâmetros que se encontravam já validados/cumpridos e quais se encontravam ainda em desenvolvimento ou em construção, de maneira a conseguir ter uma visão mais generalizada do ponto da situação atual para não se perder de vista o foco inicial. Pode-se assim verificar, na tabela abaixo elaborada, qual a situação em que se encontrava a elaboração do projeto, numa fase intermédia.

<i>Parâmetro</i>	<i>Ponto de Situação</i>
<i>Projeto: “Do risco à prevenção de quedas no Idoso”</i>	Validado
<i>Parcerias</i>	Constituídas
<i>Equipa multidisciplinar da UCSP e UCC</i>	Envolvida
<i>Plano de formação das sessões de educação para a saúde</i>	Elaborado
<i>População-alvo</i>	Definida
<i>Equipa de enfermagem</i>	Envolvida
<i>Publicitação</i>	Iniciada
<i>Indicador de execução</i>	Cumprido

Tabela 9 - Avaliação intermédia do Projeto de intervenção comunitária
Fonte: Construção própria

As atividades desenvolvidas foram avaliadas no final de cada sessão, sendo especialmente avaliadas tendo em conta a **taxa de adesão** dos participantes e a **taxa de execução** da atividade, conforme planeado. Na tabela seguinte elaborada pode-se verificar a realização das mesmas.

	Taxa de Adesão	Taxa de Execução
Atividade 1	(nº de idosos que responderam aos instrumentos de colheita de dados/ nº total de idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior) $X100\% (30/30)X100\%$ $=$ 100%	Atividade realizada 100%
Atividade 2	(nº de idosos que se encontraram presentes/nº total de idosos que participam no projeto) $X100\%$ $(15/30)X100\%$ $=$ 50%	Atividade realizada 100%
Atividade 3	(nº de idosos que participaram na EPS/nº total de idosos que participam no projeto) $X 100\%$ $(26/30) X 100\%$ $=$ 86%	Atividade realizada 100%
Atividade 4	(nº de idosos que se encontraram presentes/nº total de idosos que participam no projeto) $X100\%$ $(22/30) X 100\%$ $=$ 73%	Atividade realizada 100%
Atividade 5	(nº de idosos que se encontraram presentes/nº total de idosos que participam no projeto) $X100\%$ $(21/30) X 100\%$ $=$ 70%	Atividade realizada 100%
Atividade 6	(nº de idosos que se encontraram presentes/nº total de idosos que participam no projeto) $X100\%$ $(24/30) X 100\%$ $=$ 80%	Atividade realizada 100%
Atividade 7	(nº de idosos a que foi aplicada a Checklist de verificação de fatores de risco físicos no domicílio/nº de idosos com score médio e alto na escala de Morse) $X100\% (5/5) X 100\%$ $=$ 100%	Atividade realizada 100%

Tabela 10 - Avaliação das atividades desenvolvidas
Fonte: Construção própria

Para realização do presente Projeto de Intervenção Comunitária foram delineados os seguintes objetivos específicos:

Objetivo 1: Caracterizar a população alvo em relação ao risco de quedas;

A meta projetada para obtenção deste objetivo foi que até Setembro de 2019, 100% dos Idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior deverão ter preenchido o questionário de Caracterização Sociodemográfica e clínico/funcional.

A verificação do cumprimento do objetivo prende-se com a aplicação da fórmula inicialmente estabelecida:

$$(\text{n}^\circ \text{ de questionários de caracterização sociodemográfica aplicados} / \text{n}^\circ \text{ total de idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior}) \times 100\%$$

Sendo que a população alvo resume um total de 30 idosos da Academia Sénior e todos eles participaram no preenchimento dos questionários de caracterização sociodemográfica, até Setembro de 2019, após assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido para participação no Projeto previamente divulgado, verificou-se que houve assim uma adesão de 100%, atingindo a meta previamente estabelecida o que permitiu cumprir o objetivo proposto.

Objetivo 2: Identificar os fatores de risco da população através da aplicação do questionário SF12 e escala de Morse;

A meta projetada para obtenção deste objetivo foi que até Setembro de 2019, 100% dos Idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior deverão ter preenchido o questionário SF12 e escala de Morse.

A verificação do cumprimento do objetivo prende-se com a aplicação das fórmulas inicialmente estabelecidas:

$$(\text{n}^\circ \text{ de questionários SF12v2 aplicados} / \text{n}^\circ \text{ total de idosos da Academia Sénior}) \times 100\%$$

$$(\text{n}^\circ \text{ de escalas de Morse aplicadas} / \text{n}^\circ \text{ total de idosos da Academia Sénior}) \times 100\%$$

Sendo que a população alvo resume um total de 30 idosos da Academia Sénior e todos eles participaram no preenchimento dos questionários de caracterização sociodemográfica, até Setembro de 2019, após assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido para

participação no Projeto previamente divulgado, verificou-se que houve assim uma adesão de 100%, atingindo a meta previamente estabelecida o que permitiu cumprir o objetivo proposto.

Objetivo 3: Desenvolver um programa de formação através da realização de sessões de educação para a saúde entre outras atividades;

A meta projetada para obtenção deste objetivo foi que até dezembro de 2019, 100% dos Idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior deverão ser submetidos a ações de educação para a saúde sobre a importância da prevenção das quedas.

A verificação do cumprimento do objetivo prende-se com a aplicação da fórmula inicialmente estabelecida:

$$\left(\frac{\text{nº de idosos que participaram no programa de formação}}{\text{nº total de idosos que participam no projeto}} \right) \times 100\%$$

As sessões de educação para a saúde foram realizadas após análise dos questionários e escalas aplicados, verificação das necessidades sentidas da população alvo e definidos os objetivos e estratégias. Foram realizadas ao longo de 3 meses, sendo eles outubro, novembro e dezembro, sendo que o cumprimento do objetivo a nível temporal foi cumprido, uma vez que a meta estabelecia a realização das atividades até ao mês de dezembro.

Relativamente ao cumprimento das sessões de educação para a saúde, foram realizadas 5 sessões de educação para a saúde, onde os participantes foram alternando entre si, por diversos motivos do foro pessoal os idosos da Academia Sénior por vezes não conseguiam estar presentes, no entanto, e verificando a adesão às atividades anteriormente descritas, de acordo com a fórmula acima estabelecida verificou-se um nível de adesão de:

- Atividade 2: 50%
- Atividade 3: 86%
- Atividade 4: 73%
- Atividade 5: 70%
- Atividade 6: 80%

Ao analisar a média de percentagem na adesão em todas as atividades verifica-se um total de adesão de **71,8%**, verificando-se assim um não cumprimento da meta inicialmente

estabelecida, o que não significa que o objetivo não esteja a ser cumprido, pois a colaboração e participação da população alvo tem sido determinante, ativa e cooperativa, mostrando interesse pelos conteúdos divulgados, com vontade de evoluir a nível pessoal com aquisição de conhecimentos sobre a prevenção de quedas, verificando-se interesse dos próprios em dar continuidade ao projeto.

Considera-se assim que é fundamental dar continuidade ao longo do tempo às intervenções delineadas, ou formulação de novas intervenções, de acordo com as necessidades sentidas, pelos profissionais do centro de saúde que desenvolvem atividades junto dos alunos desta Academia Sénior.

Objetivo 4: Identificar os fatores de risco no domicílio dos Idosos com mais de 65 anos da Academia Sénior com score médio ou alto risco de queda através da aplicação de uma Checklist de identificação de fatores de risco físicos.

A meta projetada para obtenção deste objetivo foi que até janeiro de 2020, deverão ser identificados os fatores de risco físicos que levem à ocorrência de quedas no domicílio aos Idosos com 65 ou mais anos de idade da Academia Sénior com score de médio ou alto risco de queda.

A verificação do cumprimento do objetivo prende-se com a aplicação da fórmula inicialmente estabelecida:

$$\left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que participam no preenchimento da checklist sobre os fatores de risco físicos das quedas}}{\text{n}^\circ \text{ total de idosos com score médio e alto de risco de queda}} \right) \times 100\%$$

Após avaliação dos scores obtidos na aplicação da Escala de Morse, verificou-se que existiam cinco idosos com score médio de risco de queda, sendo que os restantes obtiveram score baixo e/ou sem risco, não existindo assim idosos com registo de score alto de risco de quedas.

Foram assim identificados, garantindo o anonimato, os idosos pertencentes a esse grupo de cinco com score médio de risco de queda. Após identificação foram contactados via telefónica a fim de informar sobre a sua aceitação na participação da aplicação da Checklist de verificação de fatores de risco físicos existentes no domicílio.

A aceitação foi concedida e foi procedida à aplicação da Checklist, até ao mês de janeiro de 2020, através de análise observacional dos fatores de risco físicos, sendo assim sugeridas

alterações, as quais foram cordialmente recebidas e elaboradas pelos idosos, referindo que a sua segurança está acima de tudo, demonstrando satisfação e agradecimento com a atividade elaborada.

Assim, e através da aplicação da fórmula anteriormente descrita, verificou-se que os cinco idosos aceitaram colaborar e participar assim na atividade proposta, sendo que se obteve uma percentagem de 100%, atingindo a meta previamente estabelecida o que permitiu cumprir o objetivo proposto.

No final do estágio e **após aplicação das intervenções planeadas foram reaplicados o Questionário de Saúde SF12 e a Escala de Morse**, os quais conseguem verificar o estado de saúde dos idosos no final do estudo e o score de risco de quedas, respetivamente.

Foram então aplicados os instrumentos acima referidos, aos 30 idosos da Academia Sénior do Norte Alentejano.

Com a aplicação do **Questionário de Saúde SF12v2** no final das intervenções verifica-se que 53,3% dos idosos classificam a sua saúde como Boa, enquanto que 23,3% considera a ter um estado de saúde Razoável, 13,3% um estado de saúde Muito Boa e os restantes dividem-se entre um estado de saúde Fraca e Excelente, sendo a percentagem mais baixa de idosos que classifica a sua saúde como fraca. Pode-se verificar que comparativamente aos resultados obtidos numa fase inicial, existe um aumento em 6,6% de idosos que consideram a sua saúde como Boa e uma diminuição dos alunos que considera a sua saúde como Fraca.

Nas perguntas onde os idosos foram questionados sobre se o seu estado de saúde os limita na realização das suas atividades moderadas, tais como aspirar a casa ou deslocar uma mesa, a maioria das respostas, correspondente a 80%, referem não se sentir nada limitados, 13,3% referem sentir-se um pouco limitados e 6,7% referem sentir-se muito limitados. Quando questionados sobre se o seu estado de saúde os limita na realização das suas atividades moderadas como subir vários lances de escadas as respostas já foram mais variadas, no entanto, mais de metade dos alunos, 53,3% referem não sentir nenhuma limitação, 40% já refere sentir-se um pouco limitado e 6,7% referem sentir-se muito limitados. Desta forma, e comparativamente aos resultados obtidos no primeiro questionário houve um aumento significativo de melhoria nas limitações sentidas na realização das suas atividades moderadas, **correspondendo a cerca de 40% dos idosos, entre as duas questões e a resposta “nada limitado”**.

Nas questões colocadas relativamente ao espaço de tempo de 4 semanas anteriores, se fez menos do que queria devido ao seu estado de saúde físico, as respostas prendem-se com 46,7% dos idosos referem Nunca, 20% Pouco Tempo, 20% Algum Tempo, 10% A maior parte do tempo e 3,3% refere Sempre. Relativamente à questão colocada no mesmo período de tempo se o seu estado de saúde físico o limitou no seu tipo de trabalho ou outras atividades as respostas foram semelhantes, sendo que 43,3% refere Nunca, 30% Pouco Tempo, 16,7% Algum tempo e os restantes dividem-se pelas respostas a maior parte do tempo e sempre. Comparando aos dados colhidos anteriormente verifica-se que **existe um aumento de cerca de 10% onde os idosos referem nunca ter feito menos do que queriam devido ao seu estado de saúde físico.**

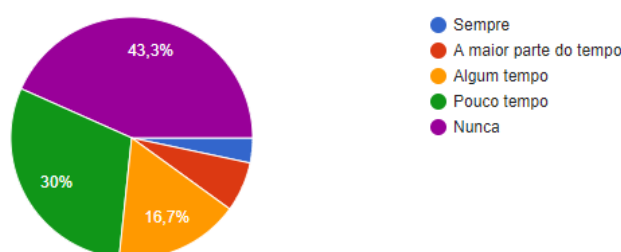


Gráfico 10 – Fizeram menos do que queriam devido ao estado físico
Fonte: “Formulários Google”

Relativamente à questão colocada sobre o seu estado emocional nas 4 semanas anteriores, se fez menos do que queria, 73,3% respondeu que Nunca, 16,7% pouco tempo, e as restantes parcelas dividem-se de forma uniforme entre algum tempo, a maior parte do tempo e sempre. Desta forma, consegue-se analisar que **o estado emocional dos idosos da academia sénior em estudo melhorou significativamente, existindo um aumento de 36,6% de idosos que nunca fizeram menos do que queriam devido ao seu estado emocional.** Desta forma, e não sendo o papel principal das intervenções executadas, estas auxiliaram positivamente o estado anímico dos idosos.

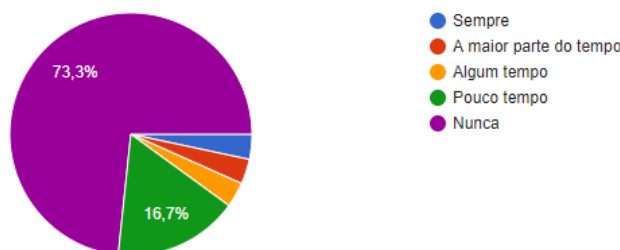


Gráfico 11 – Fizeram menos do que queriam devido ao estado emocional
Fonte: “Formulários Google”

No que respeita à questão sobre a presença de Dor, sendo esta um impedimento à realização do seu trabalho normal as respostas variam mais entre interfere pouco, absolutamente nada e moderadamente, sendo as percentagens de 40%, 36,7% e 20% respetivamente. Sendo que existe uma parcela de 3,3% dos idosos a referir que a Dor interfere imenso no seu trabalho normal. Nesta questão e ao fazer a comparação com os dados colhidos anteriormente verifica-se que **diminuiu a percentagem de idosos a referir que a Dor interfere imenso, sendo que passou de 6,7% para 3,3%**, nenhum idoso referiu que a dor interfere moderadamente. Existiu uma maior percentagem de idosos a referir que a dor não interfere nada e interfere pouco, perfazendo um total de 76,7% atualmente para um total de 63,3% na avaliação inicial. Desta feita, a Dor também foi um dos fenómenos que teve melhoria, embora não tão significativamente.

Na questão relativa ao estado emocional, 43,3% dos idosos referem sentir-se a maior parte do tempo calmos e tranquilos, 43,3% refere sentir-se sempre e as restantes parcelas dividem-se uniformemente entre algum tempo e nunca. Nesta questão também existiu um **aumento da percentagem dos idosos que se sentem sempre calmos e tranquilos e os que se sentem a maior parte do tempo, sendo este aumento de 10% e de 20%**, respetivamente. Pode-se concluir que a ausência de conhecimentos e o medo de cair se revela de forma significativa no estado emocional de cada idoso, pois ao serem dotados de conhecimentos e de estratégias a adotar para prevenir as quedas o seu estado emocional melhorou de forma positiva.

No que se refere à questão, ainda falando sobre o estado emocional, e durante as últimas quatro semanas anteriores, 63,3% refere que nunca se sentem deprimidos, 20% que se sentem deprimidos mas pouco tempo, 13,3% algum tempo e 3,4% a maior parte do tempo. Referente a esta questão, sobressai que existiu uma melhoria no estado emocional, pois **aumentou em 6,6% os idosos que nunca se sentem deprimidos** e não ocorreu registo de idosos que se sintam sempre deprimidos.

Na questão da energia, no período de tempo das quatro semanas anteriores, verifica-se que 50% dos idosos sente-se com energia a maior parte do tempo, 16,7% sempre, 13,3% algum tempo, 13,3% pouco tempo e 6,7% nunca. Aqui existiu um **aumento de energia dos idosos de cerca de 33,3%**, o que significa que se sentem mais confiantes das atividades que vão exercer e com conhecimento adequado no que respeita à prevenção de quedas.

Foi ainda aplicada a **Escala de Morse**, e tendo em conta o historial de quedas nos últimos três meses podemos verificar que **96,7% dos idosos não sofreram qualquer queda**, apenas

3,3% refere ter sofrido quedas, mas sem sequelas. Comparativamente com a avaliação feita inicialmente verifica-se que **existiu um aumento de 3,4% de idosos que não sofreram qualquer queda**. Pode então verificar-se que as intervenções executadas tiveram impacto positivo na vida dos alunos da academia sénior, verificando-se positivamente na diminuição de ocorrência de quedas.

Relativamente ao item postura no andar e na transferência verifica-se que 96,7% dos idosos assume uma postura normal e apenas 3,3% refere uma postura um pouco mais debilitada. Tendo em conta os dados anteriores **existiu um aumento do número de idosos com adoção de uma postura normal, em 8,8%**. Verifica-se assim que os ensinamentos efetuados foram ouvidos, aceites e implementados.

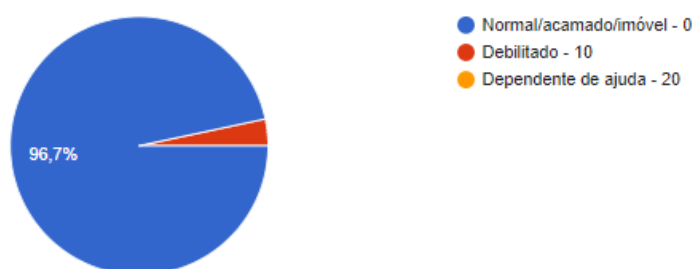


Gráfico 12– Postura no andar e nas transferências II
Fonte: “Formulários Google”

Por fim, e assumindo que os questionários e escalas são de autopreenchimento pode verificar-se uma maior consciencialização sobre as suas limitações e a não consciencialização das mesmas, sendo que **90% dos idosos refere estar consciente das suas limitações** enquanto que 10% por vezes se esquece das suas limitações. Assim verifica-se que existiu um aumento dos idosos que refere esquecer-se das suas limitações, em cerca de 6,7%, o que não é propriamente negativo, sendo que a própria pessoa consegue ter consciência de que por vezes executa tarefas para as quais apresenta alguma limitação.

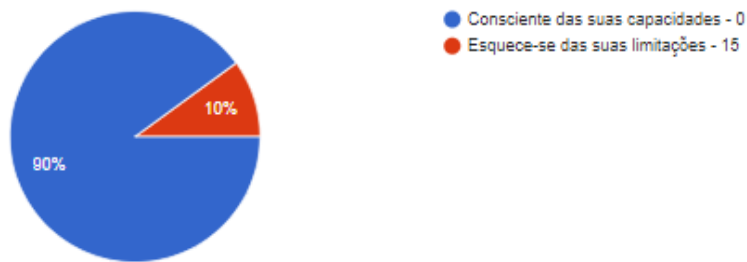


Gráfico 13 – Consciencialização das limitações

Fonte: “Formulários Google”

Os resultados obtidos vão de encontro a outros resultados obtidos em estudos similares, os quais relatam tanto o risco de queda, como a sua prevalência e a sua implicação na qualidade de vida dos Idosos que vivem em comunidade.

Pode-se considerar que é relevante ter conhecimento sobre o quotidiano dos idosos para que dessa forma possamos monitorizar aqueles que já sofreram quedas, verificando as situações de risco que provocam a ocorrência das mesmas, para que posteriormente se possa caracterizar a realidade e identificar as necessidades sentidas, fragilidades e debilidades dos idosos (Vieira et al, 2017).

Ao conhecer o quotidiano e as dificuldades sentidas permite-nos ter uma maior margem de manobra para que posteriormente se possam planear intervenções por forma a atuar na prevenção das quedas nos idosos. Pois uma assistência planeada, baseada na realidade física, ambiental e social permitirá benefícios para os idosos, família e comunidade (Vieira et al, 2017).

A interação entre as mudanças físicas e biológicas durante o processo de envelhecimento juntamente com os riscos comportamentais e ambientais, aumenta o risco de ocorrência de quedas. Assim tanto o ambiente externo como o interno oferecem desafios e riscos e consequentemente a diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

As intervenções multifatoriais são eficazes e recomendadas na prevenção de quedas na comunidade e todos devem abordar a promoção da saúde, consciencializar sobre os fatores de risco e informar sobre estratégias para prevenir (Coimbra, Marques, Requeijo & Saraiva, 2018).

3 REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

3.1 ENQUANTO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ECSP

a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública procede ao seu diagnóstico tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde, respeitando assim as suas etapas.

A primeira etapa refere-se à elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, que neste caso foi elaborada juntamente com a enfermeira especialista responsável pela UCC do local de estágio e com base em dados epidemiológicos da população, verificando que existia a necessidade de realização de atividades tendo em conta o tema quedas nos idosos, atuando na sua prevenção, sendo a falta de conhecimento e a limitação na realização das suas AVD devido a limitações físicas um problema para a população alvo em estudo, que se remeteu aos alunos com mais de 65 anos da Academia Sénior.

Este diagnóstico de situação foi elaborado com a implementação de instrumentos de colheitas de dados, os quais nos transmitiram conhecimentos sobre os determinantes de saúde daquela comunidade, tendo em conta as variáveis socioeconómicas e ambientais, de um determinado grupo alvo.

Foram sistematizados os indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde e posteriormente estabelecidas as devidas prioridades. Posteriormente foram formulados os devidos objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

Após a formulação dos objetivos e estabelecimento de estratégias foram elaborados programas e projetos de intervenção e estabelecidas parcerias com vista à resolução dos problemas identificados.

Posto isto, foi feita uma avaliação e monitorização dos programas e atividades com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. Foi então atualizado o estado de saúde da comunidade, aplicados os instrumentos de colheitas de dados no final das intervenções por forma a poder fazer uma análise comparativa e retirar as conclusões e ganhos obtidos.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

No decorrer da realização das etapas do planejamento em saúde foram elaborados programas e projetos que promoveram a capacitação dos alunos da Academia Sênior face ao problema identificado sobre o déficit de conhecimento sobre a prevenção das quedas, conseguindo a sua participação nas atividades propostas.

Foram lideradas ações de educação para a saúde, incentivo à participação dos intervenientes, cooperação e colaboração dos mesmos com as atividades propostas. Desta forma, consideramos que os meios de liderança utilizados foram benéficos por ser um meio que engloba todos num só e capacita o grupo para a realização das suas atividades e de se sentirem úteis perante um problema identificado.

Foram estabelecidas parcerias e elaborados panfletos de divulgação da informação de forma apelativa para a participação ativa da população alvo.

c) Integra a coordenação dos Programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Para a obtenção de ganhos em saúde é fundamental a maximização das atividades de âmbito comunitário, tendo em conta as especificidades dos diferentes programas do Plano Nacional de Saúde.

Foram elaborados programas de saúde sobre o tema prevenção de quedas, tendo em conta o recomendado pelo Plano Nacional de Saúde indo de encontro ao cumprimento dos seus objetivos.

Os recursos necessários para a execução das diferentes atividades inerentes aos Programas de Saúde foram otimizados e maximizados no decorrer do cronograma das atividades propostas no presente Projeto de intervenção comunitária.

No decorrer do desenvolvimento do estágio final, foram adquiridas competências enquanto enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública durante a colaboração nas atividades realizadas nas unidades funcionais, tanto na UCC como na UCSP, passando estes pela colaboração nos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e nos programas de saúde que o compõem – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Plano Nacional de Vacinação, no âmbito dos Cuidados Continuados

Integrados, através da participação na ECCI, nas visitas domiciliares, entre outros projetos e programas que o Centro de Saúde integra.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A vigilância epidemiológica é um instrumento fundamental para a análise, compreensão e explicitação dos fenómenos de saúde-doença. Desta forma, foi realizada a vigilância epidemiológica da população do concelho em estudo através de dados colhidos do INE e posteriormente da população alvo através da aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica da mesma.

Desta forma, através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, foi possível a realização sistematizada dos indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico do concelho do Norte Alentejano em estudo.

Os fenómenos de saúde-doença da presente população foram monitorizados, sendo possível o estabelecimento de uma evolução prognóstica.

Os instrumentos utilizados foram analisados numa plataforma de tratamento de dados “Formulários da google”, baseada em análise no programa Excel.

Com base na evidência científica foram elaboradas soluções para a problemática encontrada na população alvo em estudo.

3.2 ENQUANTO MESTRE

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde

A aquisição de conhecimentos e a aprendizagem contínua é sempre uma mais valia para o profissional de saúde e para o ser humano na realização das suas rotinas quotidianas, uma vez que cada vez mais se exige do cidadão e é profundamente benéfico para o desenvolvimento pessoal adquirir e aprofundar conhecimentos de forma contínua.

Desta forma, no decorrer da realização do presente estágio foram consolidados conhecimentos adquiridos no 1º ciclo, bem como adquiridos novos conhecimentos, adquirindo assim competências enquanto mestre, tanto na investigação científica como na prestação de cuidados de saúde sustentados em bases sólidas e muito mais coerentes do que nas competências adquiridas anteriormente.

A realização do presente estágio permitiu assim uma melhoria contínua para o conhecimento a nível profissional de excelência, sempre com o foco na melhoria contínua.

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação

Para a realização do presente Projeto de intervenção comunitária foi necessária a pesquisa sistemática de artigos científicos válidos e credíveis a fim de conseguir elaborar uma avaliação epidemiológica da população, justificando a prática baseada na evidência.

Após a pesquisa de artigos e outra literatura científica para sustentar o presente projeto, foi possível a realização da colheita de dados com instrumentos conseguidos baseados nessa mesma pesquisa, bem como a elaboração de um artigo original com os resultados.

Foi então uma aquisição contínua de competências a nível de mestre, das quais resultou a elaboração de um artigo original (Apêndice XV), que se pretende submeter a publicação.

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo

Ao longo do processo de aplicação das diferentes etapas da metodologia do planeamento em saúde foram sentidos alguns problemas e situações inesperadas, desde o estabelecimento do problema em si, da sua priorização até à aplicação das atividades programadas.

Todas estas situações foram vividas e sentidas num contexto alargado, com gestão multidisciplinar no contexto da realização do projeto de intervenção.

Estas dificuldades sentidas foram ultrapassadas, após tentativa e erro, sendo todo este um processo de melhoria e de autoconhecimento, por forma a dar resposta, rápida e eficazmente, embora os obstáculos apresentados.

Foi passível a realização do projeto e a apresentação dos resultados obtidos, o que salienta a aprendizagem adquirida e a capacidade de resiliência e aquisição de competências para a resolução de todos os problemas sentidos.

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem

A ética é uma disciplina científica, uma área da filosofia, baseada no respeito, com orientação para a primazia e dignidade humana (Montanha, Lepre, Silva & Costa, 2016; Nunes, 2011).

Nesta perspetiva,

“A ética é um saber que visa a praxis, no sentido Aristotélico do termo, isto é, é um saber normativo que visa não o que é, mas o que deve ser: não visa saber como as pessoas se comportam, mas como se devem comportar, de modo a atingirem uma vida boa e justa, atendendo ao agir concreto” (Brito, 2008, p.14).

Ou seja, através da análise crítica de valores e princípios, a ética fornece fundamentos que orientam as ações e condutas em sociedade. Assim, no que se refere à prática da enfermagem, para prestar cuidados com qualidade e respeito pelos valores humanos, as questões éticas devem ser a âncora que regem as ações do profissional de saúde (Barbosa, Rodrigues, Celino & Costa, 2017).

Desta forma, como profissional de enfermagem as questões éticas e deontológicas são a base da prestação de cuidados, e sendo esta uma questão que se aprende a nível do 1º ciclo, enquanto mestre a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta torna-se ainda mais evidente e fundamental.

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades

Antes de iniciar este ciclo de aprendizagem, com a aquisição da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e do grau de mestre a capacidade de apresentar conclusões e conhecimentos de forma clara e sem ambiguidades era muito reduzida ou quase nula. No decorrer da realização do projeto foi necessária a apresentação e devido esclarecimento da informação colhida e da programação efetuada para a finalização do mesmo numa apresentação a especialistas do pré-projecto. Esta informação foi passada de forma clara, conseguindo assim ser capaz de comunicar as conclusões obtidas e o raciocínio estabelecido, sem ambiguidades e com certeza de que a informação foi transmitida.

Assim, verificou-se uma evolução bastante positiva, com aquisição de competências a nível da comunicação, entre pares, com a equipa multidisciplinar, com a população alvo, entidades parceiras e para com os especialistas.

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo

Foram adquiridas ferramentas, não só ao nível de elaboração de trabalhos de carácter científico como também a nível pessoal, de auto-conhecimento. Saber aquilo que se consegue fazer e até onde se pode ir não é uma limitação, mas sim um saber sobre si próprio, sobre as suas limitações e virtudes, saber juntar tudo e desafiarmo-nos a cada instante para que a vida seja feita de aprendizagens.

A aquisição de competências ao longo da realização do estágio final permitiu uma maior e melhor consciência sobre como agir perante situações que surgem tanto em âmbito profissional como pessoal, sempre com a consciência de que se tem autonomia para agir de determinada forma quando o conhecimento está fundamentado em bases teóricas e que nos permite ter uma visão mais ampla e distinta das situações.

Esta aquisição de competências permite assim uma maior autonomia na realização das tarefas tanto enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

como também enquanto Mestre em Enfermagem, sempre consciente dos direitos e deveres e sobretudo das limitações que estão sempre presentes.

4 CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente Projeto foi possível verificar como se operacionaliza e aplica cada etapa da metodologia do Planeamento em Saúde, conseguindo assim adquirir conhecimento mais específico e aprofundados. A perceção mais clara das etapas do Planeamento em Saúde permitiu uma recolha de informação de forma útil e eficaz e não dispersa, conseguindo fazer uma síntese de informação sobre a temática a abordar. Desta forma, a recolha de dados epidemiológicos e a pesquisa nas plataformas informáticas foi o utensílio base para fazer o enquadramento teórico do tema.

Segundo o INE, entre 2011 e 2017, denota-se um decréscimo da densidade populacional, ou seja, uma diminuição do número de residentes no concelho, tendo este passado de 3136, em 2011 para 2910 no ano de 2017. Houve um ligeiro aumento da população entre os 20 e os 24 anos e um ligeiro decréscimo entre os 60 e os 64 anos. Com 65 ou mais anos viviam no concelho em 2017, 368 homens e 526 mulheres, ou seja, um total de 894 indivíduos idosos para um total de 2910 indivíduos, o que perfaz que os idosos representem 30,7% da população.

Após reunião multidisciplinar com os elementos da UCC, num formato informal, surgiu a necessidade de abordar a prevenção de quedas nos idosos, quer pela sensibilidade manifestada pela equipa para o tema quer porque enquanto enfermeira no Serviço de Ortopedia verifica-se a existência de inúmeros casos de pessoas idosas que acedem aos serviços hospitalares após uma queda no domicílio onde ainda mantinham a sua funcionalidade e passam por vezes mais de um mês internados com restrições a nível da mobilidade que posteriormente já não são passíveis de recuperação existindo uma saturação das respostas sociais a estes doentes, acabando por existir internamentos prolongados e desgastantes. Sendo este um problema efetivo e atendendo o interesse em intervir ao nível da população idosa, surgiu o tema “Do risco à prevenção de quedas no Idoso”, projeto dirigido aos alunos da Academia Sénior, por serem pessoas ativas, que gostam de sair de casa e que demonstram interesse em participar em programas apesar de alguns deles já se encontrarem com limitações da mobilidade e idade avançada.

Após a divulgação do projeto junto das entidades responsáveis e após a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido foram aplicados os instrumentos de colheita de dados, Questionário Sociodemográfico, Escala Morse, Escala CIF e o Questionário de saúde

geral SF12v2 à população alvo e analisados os dados por forma a fornecer os problemas/necessidades que se fazem sentir, que desta forma, em conjunto com a equipa multidisciplinar e por avaliação de peritos na área de intervenção comunitária e saúde pública evidenciaram-se os seguintes problemas prioritários: baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas no domicílio e problemas de saúde físicos que limitam a realização das AVD.

Os objetivos levantados foram de encontro aos problemas prioritários que se evidenciaram após utilização de técnicas de determinação de prioridades, e prende-se essencialmente com o facto de caracterizar a população alvo em relação ao risco de quedas; identificar os fatores de risco da população através da aplicação do questionário SF12 e escala de Morse; desenvolver um programa de formação através da realização de sessões de educação para a saúde entre outras atividades; identificar os fatores de risco no domicílio dos Idosos com mais de 65 anos da Academia Sénior com score médio ou alto risco de queda através da aplicação de uma Checklist de identificação de fatores de risco físicos. Foram estabelecidas metas para atingir os objetivos e posteriormente serão programadas as intervenções para que se possam atingir os mesmos.

Em termos de limitações sentidas vão de encontro à dificuldade em conseguir reunir os 30 alunos, uma vez que após os critérios de inclusão/exclusão limitaram a amostra, pois muitos dos alunos têm menos de 65 anos de idade e alguns deles que se enquadram no estudo não frequentam todas as aulas e não estão disponíveis todos os dias.

A integração e aceitação pela parte da equipa da UCC, da Câmara Municipal e da população alvo foi um aspeto facilitador para a implementação do projeto, uma vez que todos se interessaram e ajudaram na escolha do tema, bem como em todo o processo burocrático e ético que é necessário para a realização de um projeto de intervenção.

Desta feita, verificou-se que após o desenvolvimento das intervenções existiu um maior interesse e preocupação pelo tema em si, tanto pelos profissionais de saúde do centro de saúde como também da população alvo, que através da sua participação ativa nas atividades propostas transportaram alguns dos hábitos adquiridos para o seu dia-a-dia, fazendo da prevenção de quedas um modo de vida. Tendo em conta sempre a aquisição de conhecimentos para uma tomada de decisão consciente e informada, adotando estilos de vida saudáveis e que previnem e diminuem os fatores de risco das quedas.

Verifica-se que mais do que apenas ensinar, é necessário estar presente, exemplificar, ser disponível, ser professor, ser enfermeiro, ser amigo, ser com o outro e para o outro. É necessário estar presente para se conseguir aplicar contínuas correções e identificar as reais necessidades da nossa população.

5 BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, M. L., Rodrigues, H. N., Celino, S. D. & Costa, G. M. (2017). Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(4), pp. 1-10. doi:10.18471/rbe.v31i4.21978
- Brito, J. (dezembro de 2008). Deontologia e Direitos Humanos. *Revista Ordem dos Enfermeiros* (N.º 31 (IX Seminário de Ética)), pp. 12-16
- Carta de Ottawa (1986). Consultado em http://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf a 11 de março de 2020
- Carrillo, M. V. (2014). Comunicação Estratégica no ambiente comunicativo das organizações atuais. *Comunicação e Sociedade*. Consultado em [https://doi.org/10.17231/comsoc.26\(2014\).2025](https://doi.org/10.17231/comsoc.26(2014).2025) a 11 de março de 2020
- Coimbra V, Marques E, Requeijo C & Saraiva, R. (2018). Community Intervention in Elderly Population: a Fall Prevention Project. Artigo original. *International archives of Medicine*, Vol. 11 No. 21 doi: 10.3823/2562
- Decreto-Lei n.º 286/99 de 27 de julho. Ministério da Saúde. *Diário da República* n.º 173/1999, Série I-A de 1999-07-27
- Decreto-Lei n.º 74/2006 - *Diário da República* n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24
- Decreto-Lei n.º 28/2008 - *Diário da República* n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22
- Decreto-Lei n.º 101/2016 – *Diário da República* n.º 109, I Série A de 06 de Junho de 2006
- Despacho n.º 10143/2009 - *Diário da República*, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009
- Diniz, E., Pontes, C., Brito, J. (2015). A importância do cuidador no cuidado da pessoa idosa através da promoção do envelhecimento saudável. *Anais CIEH*, 2(1). Consultado em http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA11_ID2231_27082015235800.pdf a 28 de maio de 2019
- Diogo, A e Moura, M - Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados Governo dos Açores - “Prevenção de quedas em Idosos no Domicílio” Guia prático ilustrado - Direção Regional da Solidariedade Social

- DGS (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa.
- DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017, Norma nº 026/2013
- DGS (2019). Qualidade e Segurança dos doentes – Quedas. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/quedas.aspx> a 24 de maio de 2019
- Gandek, B., Ware, J., Aaronson, NK., Apolone, G., Bjorner, J., Brazier, J., Bullinger. M., Kaasa, S., Lepke, A., Prieto, L., Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. Journal of Clinical Epidemiology, 51(11): 1171-1178.
- Hoyos, Borjas, Ramos & Meléndez (2011). “El modelo de promoción de la Salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión”. Artigo de revisão. Enfermería Universitaria Vol 8
- Horochofski, Rodrigo Rossi (2006). Empoderamento: definições e aplicações. Poder político e controles democráticos. Santa Catarina. Submetido para publicação.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde (3.ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia 2015. Lisboa. Consultado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2 a 24 de maio de 2019
- INE (2017). Projeções de População Residente em Portugal 2017. Lisboa. Consultado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2 a 24 de maio de 2019
- INE. (2018). Anuário Estatístico da Região Alentejo 2017. Lisboa. Consultado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320467879&PUBLICACOESmodo=2 a 23 de maio de 2019
- INE (2019). Causas de Morte 2017. Lisboa. Consultado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=358633033&PUBLICACOESmodo=2 a 23 de maio de 2019

- INE (2018). Retorno de Informação Personalizada dos Municípios. Lisboa. Consultado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=320467879&PUBLICACOESmodo=2 a 23 de maio de 2019
- JP, Ferreira (2013). Manual de Utilização, Escalas de Quedas de Morse. Consultado em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9411/1/manual%20Vfinal.pdf> a 14 de Janeiro de 2020
- Montanha, L. T., Lepre, R. M., Silva, R. F., & Costa, R. C. (2016). O percurso histórico dos valores morais e éticos: contribuições da psicologia do desenvolvimento da moralidade. Revista Eletrônica Pesquiseduca. Obtido em dezembro de 2019, de <http://periodicos.unisantos.br/index.php/pesquiseduca/article/view/517>
- Nogueira, M. J. de C. (1981). Funções da Enfermagem na Vigilância Epidemiológica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 15(1), 29-41. Consultado em <https://dx.doi.org/10.1590/0080-6234198101500100029> a 24 de maio de 2019.
- OCDE/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Consultado em https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en a 24 de maio de 2019.
- Oliveira, T., Baixinho, C. & Henriques, M. (2018). Risco Multidimensional de queda em idosos. Artigo Original, DOI: 10.5020/18061230.2018.705
- Ornelas, José. (1997). Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. Análise Psicológica
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, 32, 299-316. doi: org/10.1590/S003489101998000400001
- Pinto, Carla Cristina Graça (2011). Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais. (Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Política Social). Lisboa.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Diário da República n.º 35/2011 – II Série. Ordem dos Enfermeiros

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Diário da República n.º 35/2011 – II Série. Ordem dos Enfermeiros

Regulamento nº428/2018 de 16 de Julho de 2018. Diário da República nº 135 – 2ª Série, Artigo 2º - Competências Específicas em Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Ruão, T., Freias, R., Ribeiro, P. & Salgado, P. (2014). Comunicação Organizacional e Relações Públicas: horizontes e perspetivas. Relatório de um debate. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, pp. 100-115. Consultado em http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cecs_ebooks/issue/view/162 a 11 de março de 2020

Silva & Santos (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender, artigo original. Florianópolis

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Vieira, Baía, Lucena et al. (2017). Prevalência e preocupação com o risco de quedas em idosos comunitários. Artigo Original. Doi: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201714

ANEXOS

Anexo I - Questionário SF12v2

Questionário do estado de Saúde (SF-12v2)

O preenchimento deste questionário pretende analisar o seu estado de saúde em geral. Algumas perguntas podem parecer parecidas com outras mas são todas diferentes. A sua participação é determinante para a realização do presente Projeto. A confidencialidade será assegurada, os dados serão tratados de forma anónima.

1. Em geral diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Frac
1	2	3	4	5

2. As perguntas que se seguem são sobre atividade que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

Sim, muito li- mitado(a)	Sim, um pouco limi- tado(a)	Não, nada limi- tado(a)
--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

a. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa..... 1 2 3

b. Subir vários lances de escadas..... 1 2 3

3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, alguns dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo nas últimas 4 semanas....

Sem- pre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
-------------	------------------------------	----------------	----------------	-------

Fez menos do que queria?..... 1 2 3 4 5

Sentiu-se limitado no tipo de trabalho/a ou outras atividades?..... 1 2 3 4 5

4. Durante as últimas 4 semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo nas últimas 4 semanas....

Sem- pre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
-------------	------------------------------	----------------	----------------	-------

Fez menos do que queria?.....

1 2 3 4 5

Executou o seu trabalho ou outras
atividades menos cuidadosamente
do que era costume?.....

1 2 3 4 5

5. Durante as últimas quatro semanas de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente Nada 1 Pouco 2 Moderadamente 3 Bastante 4 Imenso 5

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu?

Quanto tempo nas últimas 4 semanas....

Sem- pre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
-------------	------------------------------	----------------	----------------	-------

Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....

1 2 3 4 5

Se sentiu com muita energia?.....

1 2 3 4 5

Se sentiu deprimido/a?.....



1 2 3 4 5

7. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua atividade física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre 1 A maior parte do tempo 2 Algum tempo 3 Pouco tempo 4 Nunca 5

Obrigada pela sua participação!


Anexo II - Resposta da Coordenadora da Academia Sénior

 
para eu ▾

12 de jun de 2019 13:05




Boa tarde, Exma. Senhora Enfermeira Ana,

Serve o presente email para informar que o seu pedido de realização do Projeto “Do risco à prevenção de quedas no Idoso” com os alunos da Academia Sénior de  foi deferido.
Sempre disponível.

Com os melhores cumprimentos,

A coordenadora da Academia Sénior de 

Maria 
Tec. Superior (Serviço Social)

Anexo III - Autorização para utilização do Questionário SF12v2



Pedro Lopes Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>

qua, 31 de jul 02:07



para eu ▾

Ex.ma Senhora Enf.ª Ana Rento,

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o gosto que envio a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-12 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Melhores cumprimentos.

Pedro L. Ferreira

Pedro Lopes Ferreira
Professor Catedrático
pedrof@fe.uc.pt


Av. Dias da Silva, 165
3004-512 Coimbra - Portugal
Tel: +351 239 790 552
Fax: +351 239 790 514



FACULDADE DE ECONOMIA
CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Anexo IV – Aprovação do Projeto Mestrado pelo IPP

Aprovação do Projeto de Mestrado - Mestrado de Enfermagem em Associação  Caixa de entrada x



Caro(a) Estudante

Considerando:

-O Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação,

O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emitiu parecer favorável sobre tema, plano de trabalho correspondente e respetivo(s) orientador(es) do seu Projeto de Mestrado.

Sobre este assunto foi tomada a Deliberação 2019/25 de 4 de dezembro do CTC da ESS do Politécnico de Portalegre.

Nota: A informação constante deste mail respeita única e simplesmente ao seu Projeto de Mestrado.

Com os melhores cumprimentos



Presidente CTC

APÊNDICES

Apêndice I - Consentimento Informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Eu, Ana Patrícia Paulos Rento, enfermeira a frequentar o 3º curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, estou a desenvolver um o Projeto de Intervenção Comunitária intitulado: *“Do risco à prevenção de quedas no Idoso”*.

Com este projeto, pretendo conhecer as possíveis dificuldades e necessidades de conhecimentos acerca da prevenção das quedas que possam existir de modo que em conjunto possamos desenvolver estratégias que permitam prevenir a ocorrência de quedas e suas consequências na pessoa Idosa.

Gostaria de contar com a sua colaboração, sendo para tal necessário o preenchimento deste questionário.

Poderá anular a sua colaboração em qualquer momento do estudo. O estudo não implica quaisquer riscos para o utente.

As informações resultantes do questionário poderão ser utilizadas para fins educativos ou de publicação de carácter académico ou científico.

A confidencialidade será assegurada. Se se considerar bem informado e aceitar participar, por favor assine este documento, assim como eu também o assinarei.

Eu abaixo-assinado, compreendi a informação que me foi dada sobre este projeto, podendo desistir a qualquer momento. Aceito participar livremente podendo, no entanto, desistir a qualquer momento sem que daí resulte qualquer prejuízo. Também permito que estas informações sejam utilizadas para fins académicos ou para publicações científicas.

X , 21 de Maio de 2019

Assinatura do participante

Assinatura da Mestranda/Enfermeira

Apêndice II - Pedido de autorização para estudo à Academia Sênior

Exmo.(a) Sr.(a) Coordenadora da Academia Sênior

Eu, Ana Patrícia Paulos Rento, enfermeira de cuidados gerais no serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Luzia de Elvas a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação promovido pela Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre, venho solicitar a V. Ex.^a autorização para desenvolver um projeto de investigação na Academia Sênior de X entre Maio de 2019 e Janeiro de 2020, no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, com o objetivo de realizar um diagnóstico de enfermagem da população alvo. O trabalho será orientado pela Professora Isaura Serra e pela Enfermeira Especialista X.

Com a realização desta investigação pretende-se identificar necessidades ao nível da prevenção das quedas tendo como finalidade prevenir a ocorrência de quedas, dotando os idosos de conhecimento adequado e atualizado. Os participantes do estudo serão pessoas idosas com mais de 65 anos, alunos da Academia Sênior de X.

A recolha de dados e o seu tratamento será efetuada pelos investigadores durante 2 meses de Maio e Junho de 2019, através da aplicação de inquéritos/escalas/entrevistas aos alunos da Academia Sênior de X. A implementação das intervenções planeadas será entre Setembro de 2019 e Janeiro de 2020. A cada participante será solicitada a participação no estudo, após o devido esclarecimento, através da assinatura de uma declaração de consentimento informado, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados e de todos os participantes. Em qualquer momento colocamos ao seu dispor a informação recolhida e o tratamento estatístico efetuado.

Desde já grata pela atenção dispensada.

X, Maio de 2019

Pede deferimento,

A Investigadora

Ana Patrícia Paulos Rento

Apêndice III - Consentimento à Comissão Ética IPP

Pedido de autorização para estudo

Caixa de entrada x



Ana Rento <anarento89@gmail.com>
para ceipp ▾

qui, 13 de jun 15:03 ☆ ↶ ⋮

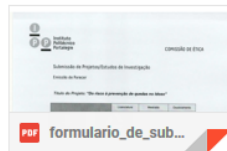
Exma. Senhora Coordenadora da Comissão de Ética do IPP

Eu, Ana Patrícia Paulos Rento, venho por esta via solicitar a sua autorização para a realização de um Projeto de investigação no âmbito do 3ºMestrado em Enfermagem com Especialização na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Junto anexo Formulário preenchido e devidamente assinado bem como os anexos solicitados.

Aguardo atentiosamente a sua resposta para que me seja possível prosseguir com o Projeto, caso este se enquadre nas respetivas linhas de ética por si consideradas.

Agradeço a sua atenção,
Atentamente
Enf. Ana Patrícia Rento

8 anexos



Comissão de Ética

para eu ▾

seg, 17 de jun 18:58 (há 10 dias) ☆ ↶ ⋮

Exma Sra.

Acusamos a receção da sua solicitação.
Emitiremos o Parecer tão breve quanto possível.

Com os melhores cumprimentos

Pela Comissão de Ética
Paula Enes de Oliveira

Apêndice IV - Pedido de autorização para utilização de questionário

Exmo.(a) Sr.(a) Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Eu, Ana Patrícia Paulos Rento, enfermeira de cuidados gerais no serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Luzia de Elvas a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação promovido pela Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre, venho solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicação do instrumento de medição SF12 – V2 (versão portuguesa) no presente trabalho de investigação, mais solicito o seu guião de utilização e as referências dos artigos onde a publicou, para que possa fazer-lhe referência no decorrer do meu trabalho.

O objetivo do presente projeto prende-se com o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária na prevenção de quedas no domicílio da pessoa Idosa. O trabalho será orientado pela Professora Isaura Serra e pela Enfermeira Especialista X.

Com a realização desta investigação pretende-se identificar necessidades ao nível da prevenção das quedas tendo como finalidade prevenir a ocorrência das mesmas, dotando os idosos de conhecimento adequado e atualizado, para o qual considero bastante pertinente a utilização do instrumento acima citado, elaborado por sua Ex.^a para que me seja possível a colheita de dados junto da população alvo.

Desde já grata pela atenção dispensada.

X, Maio de 2019

Pede deferimento,

A Investigadora

Enf.^a Ana Patrícia Paulos Rento

Apêndice V - Questionário Sociodemográfico

Questionário de Caracterização Sociodemográfica

A aplicação deste questionário permite analisar alguns dos seus dados pessoais, os quais serão utilizados apenas para fins estatísticos e académicos. A sua participação é determinante para a realização do presente Projeto. A confidencialidade será assegurada, os dados serão tratados de forma anónima.

1. Caraterização Sociodemográfica

1.1 Caracterização do Idoso

1.1.1 Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

1.1.2 Idade: _____ anos

1.1.3 Peso: _____ Kg

1.1.4 Altura: _____ m

1.1.5 Profissão: _____

1.1.6 Escolaridade:

Sabe ler e escrever ☐ Ensino básico ☐ Ensino Secundário ☐

Ensino Superior ☐ Outro ☐ Qual? _____

2. Estado de saúde

2.1 Utiliza dispositivos de visão?

Sim ☐ Não ☐

2.2 Utiliza dispositivos de audição?

Sim ☐ Não ☐

2.3 Toma medicação diariamente?

Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

2.4 Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?

Sim ☐ Não ☐

Obrigada pela sua participação!

Apêndice VI - Escala de Morse**Escala de Quedas de Morse**

A aplicação desta Escala pretende saber qual o risco de quedas a que está exposto atualmente. As respostas devem ser de acordo com a maneira como realiza as suas tarefas diárias. A sua participação é determinante para a realização do presente Projeto. A confidencialidade será assegurada, os dados serão tratados de forma anónima. Por favor, coloque um **circulo em volta do número** a que a sua resposta corresponde.

Item	Pontuação
1. Historial de quedas, nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnósticos Secundários	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia Intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
Pontuação Obtida	

Obrigada pela sua participação!

Apêndice VII - Escala CIF

Escala de Classificação Internacional do Funcionamento Incapacidade e Saúde (CIF)

Esta é uma lista de verificação (checklist) das principais categorias da Classificação Internacional do Funcionamento, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. A lista de verificação da CIF é uma ferramenta prática para identificar e recolher informação sobre o funcionamento e a incapacidade de um indivíduo. A sua participação é determinante para a realização do presente Projeto. A confidencialidade será assegurada, os dados serão tratados de forma anónima. Considerando que os números correspondem a: **0** – sem dificuldade; **1**- a maioria das vezes; **2**- com alguma dificuldade; **3**- com muita dificuldade; **4** – é incapaz, por favor assinale com um **X** o número com o qual se identifica.

Atividades e Participação		Desempenho					
		0	1	2	3	4	Total
Mobilidade e Autocuidados	É capaz de realizar a sua rotina diária de forma autónoma?						
	É capaz de se deitar e de se levantar da cama sozinho/a?						
	É capaz de se ajoelhar e de se levantar do chão sozinho/a?						
	É capaz de ficar em pé enquanto espera por um transporte, ou está numa fila?						
	É capaz de levantar e transportar um garrafão de água, ou uma criança ao colo?						
	É capaz de andar cerca de 1km por diferentes locais como, areia, relva, cascalho, contornando obstáculos?						
	É capaz de se deslocar e subir/ descer os degraus necessários para circular dentro e fora de casa?						
	É capaz de utilizar transportes públicos? (carro, autocarro, comboio)						
	É capaz de cuidar /lavar/limpar a cara, os dentes, os cabelos e os genitais sozinho/a?						
	É capaz de se vestir e calçar os sapatos sozinho/a?						
	É capaz de planejar a fazer as compras necessárias para o seu dia-a-dia sozinho/a?						
	É capaz de fazer as atividades domésticas da lida da casa, sozinho/a?						
Competências Gerais	É capaz de auxiliar um familiar (Ex: criança ou idoso) nas diversas atividades do dia a dia, como alimentação, comunicação, deslocação?						
	É capaz de participar ativamente, em atividades de lazer que lhe sejam relevantes, de forma autónoma?						
	É capaz de realizar duas tarefas ao mesmo tempo? (Ex: cozinhar e pôr a mesa, falar ao telefone e tirar notas)						
	É capaz de utilizar diferentes dispositivos de comunicação? (ex. telefone, fax, PC, etc.)						
	É capaz de conduzir de forma autónoma um veículo num trajeto desconhecido? (ex. Carro, bicicleta)						
	É capaz de fazer a sua higiene diário sozinho/a? Tomar banho, lavar-se?						

	É capaz de preparar refeições para mais do que duas pessoas?						
	É capaz de frequentar um programa de formação profissional para adquirir/desenvolver novas competências?						
	É capaz de concretizar, de forma autónoma, a maioria das etapas necessárias para adquirir emprego?						
	É capaz de desempenhar todas as funções/ atividades previstas para a sua atividade laboral, sozinha?						
Competências Específicas	É capaz de ler este documento e depois dizer por palavras suas o que acabou de ler?						
	É capaz de encontrar uma solução se ocorrer uma falha de eletricidade em sua casa?						
	É capaz de se expressar, a falar?						
	É capaz de escrever recados que as outras pessoas possam ler?						
	É capaz de reconhecer quando tem necessidade de ir á casa de banho, para urinar ou para defecar e limpar-se sozinha/o?						
	É capaz de comer sozinho uma refeição normal (água, sopa, prato principal e fruta) ?						
	É capaz de cuidar da sua saúde sozinho, como tomar a medicação, controlar a alimentação?						
	É capaz de atribuir valor à maioria dos objetos, comprar e poupar dinheiro, de forma autónoma?						
Sociabilidade	É capaz de lidar/executar tarefas/atividades de responsabilidade, quando reconhece que esta ansiosa/o?						
	É capaz de iniciar, manter e finalizar uma conversa, com várias pessoas, em grupo?						
	É capaz de dar indicações a uma pessoa desconhecida?(Ex: indicar um caminho)						
	É capaz de se relacionar/falar com toda a família (tios, primos, cunhados, sogro, sogra)?						
	É capaz de estabelecer e manter relações amorosas e/ou íntimas?						
	É capaz de participar ativamente em aspetos da vida social que lhe são relevantes? (Ex. Associações, clubes, casamentos, batizados, festas)						
Manipulação e Manuseio	É capaz de apanhar uma agulha, ou uma moeda, se estiverem em cima de uma mesa?						
	É capaz de alcançar objetos em prateleiras da sua altura?						
	É capaz de se deslocar dentro e fora da sua casa com um produto de apoio, se necessário? (Ex. Cadeira de rodas, andarilho, canadianas, bicicleta, cão guia, entre outros)						
Total							

Título: Do risco à prevenção de quedas no Idoso

Apêndice VIII – Cronograma de Atividades

Atividades	Ano/Mês	2019						2020
		Maio	Jun	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Reunião com Enf. Chefe do Centro de Saúde								
Reunião com os Enfermeiros responsáveis pela UCC do Centro de Saúde								
Reunião com a equipa de gestão do Projeto para seleção da problemática e população alvo								
Reunião com a Coordenadora da Academia Sénior								
Divulgação do Projeto junto da população alvo								
Inscrição no Projeto através da assinatura do Consentimento informado, livre e esclarecido								
Aplicação dos respetivos questionários e escalas para recolha de dados à população alvo								
Análise dos questionários e escalas aplicados na plataforma digital "Formulários google"								
Determinação das prioridades com hierarquização dos problemas								
Definição dos objetivos e respetivos indicadores de avaliação								
Seleção das estratégias mais eficazes com base em evidencia								
Divulgação dos resultados dos questionários e escalas à população alvo								
Realização do programa de formação através da realização de sessões de EPS entre outras atividades								
Aplicação de grelha de observação para identificação dos fatores de risco físicos que levem à ocorrência de quedas nos Idosos com mais de 65 anos de idade da Academia Sénior com score médio ou alto de risco de queda								
Avaliação dos resultados obtidos com as atividades realizadas								
Avaliação final do Projeto								
Divulgação dos resultados do Projeto à população alvo e parceiros								
Elaboração do Relatório de Estágio								

Apêndice IX – Plano de Sessão da Atividade 2

Plano de sessão de EPS: Apresentação dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados							
OBJETIVO: Informar os alunos da Academia Sénior de Arronches sobre os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados utilizados							
Destinatários	Local	Tempo	Objetivos	Conteúdos	Atividades	Métodos	Avaliação
Alunos da Academia Sénior	Centro Cultural	1 hora	Que pelo menos 50% dos alunos estejam presentes na sessão	Resultados da análise dos instrumentos de colheita de dados utilizados	Apresentação da temática a abordar, valorizando o diálogo; Visionamento de power-point;	Método expositivo;	Taxa de adesão à sessão
Recursos Materiais: Computador, projetor, ferramentas e materiais de apoio.							

Apêndice X – Plano de Sessão Atividade 3

Plano de sessão de EPS: “Antes de cair, prevenir”							
OBJETIVO: Informar e sensibilizar os alunos da Academia Sénior sobre o risco e prevenção de quedas no domicílio							
Destinatários	Local	Tempo	Objetivos	Conteúdos	Atividades	Métodos	Avaliação
Alunos da Academia do Norte Alentejano	Centro Cultural do Município	1 hora	Que pelo menos 90% dos participantes na sessão consigam enumerar_ <ul style="list-style-type: none"> - 8 fatores de risco de quedas no domicílio; - 6 formas de prevenção das quedas no domicílio; - 4 complicações das quedas no domicílio. 	Fatores de risco; Complicação s das quedas; Prevenção das quedas no domicílio; Exercícios de postura e equilíbrio.	Apresentação temática do formador, valorizando o diálogo; Visionamento de power-point; Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar; Prática de exercícios físicos.	Método expositivo; Método demonstrativo e interrogativo	Aplicação de jogo interativo no final da sessão; Taxa de adesão dos alunos da Academia Sénior aos exercícios propostos e orientados pela Fisioterapeuta.
Colaboradores: Fisioterapeuta no Centro de Saúde							
Recursos Materiais: Computador, projetor, ferramentas e matérias de apoio.							

Apêndice XI – Plano de Sessão da Atividade 4

Plano de sessão de Aulas de yoga na cadeira							
OBJETIVO: Promover a mobilidade e o bem-estar físico e emocional dos Idosos da Academia Sénior							
Destinatários	Local	Tempo	Objetivos	Conteúdos	Atividades	Métodos	Avaliação
Alunos da Academia Sénior do Norte Alentejano	Centro Cultural do Município	1 hora	Que pelo menos 90% dos alunos: - Estejam presentes na aula; - Executem os exercícios com a Professora; - Consigam identificar 3 benefícios do yoga na cadeira.	Yoga na cadeira	Apresentação da Professora de Yoga aos alunos; Realização de exercícios de Yoga a cadeira.	Método demonstrativo e interativo	Aplicação de questionário de avaliação da aula
Colaboradores: Professora de Yoga do PADMA – Centro Terapêutico							
Recursos Materiais: Cadeira, coluna de som							

Apêndice XII – Plano de Sessão Atividade 5

Plano de sessão de EPS: “Obstáculos no exterior”							
OBJETIVO: Informar e sensibilizar os alunos da Academia Sénior sobre os obstáculos existentes no exterior que aumentam o risco de quedas nos idosos							
Destinatários	Local	Tempo	Objetivos	Conteúdos	Atividades	Métodos	Avaliação
Alunos da Academia Sénior do Norte Alentejano	Centro Cultural do Município	1 hora	<p>Dar a conhecer alguns dos motivos de quedas no domicílio;</p> <p>Informar sobre a importância da prevenção das quedas;</p> <p>Identificar barreiras arquitetónicas que levam a quedas no domicílio;</p> <p>Sensibilizar para a alteração de comportamentos;</p> <p>Que pelo menos 90% dos alunos consigam enumerar 6 obstáculos no exterior que levem ao risco de quedas.</p>	<p>Fatores de risco;</p> <p>Complicações das quedas;</p> <p>Prevenção das quedas no exterior.</p>	<p>Apresentação temática do formador, valorizando o diálogo;</p> <p>Visionamento de power-point;</p> <p>Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar.</p>	<p>Método expositivo;</p> <p>Método demonstrativo e interrogativo</p>	<p>Aplicação de jogo interativo no final da sessão</p>
Recursos Materiais: Computador, projetor, ferramentas e materiais de apoio.							

Apêndice XIII – Plano de sessão da Atividade 6

Plano de sessão de EPS: “Obstáculos no domicílio”							
OBJETIVO: Informar e sensibilizar os alunos da Academia Sénior sobre os obstáculos existentes no domicílio que aumentam o risco de quedas nos idosos							
Destinatários	Local	Tempo	Objetivos	Conteúdos	Atividades	Métodos	Avaliação
Alunos da Academia Sénior do Norte Alentejano	Centro Cultural do Município	1 hora	Dar a conhecer alguns dos obstáculos existentes no domicílio; Fornecer alternativas para tornar o seu ambiente mais seguro; Sensibilizar para a alteração de comportamentos; Que pelo menos 90% dos alunos consigam enumerar 7 obstáculos no domicílio.	Obstáculos no domicílio que aumentam o risco de quedas nos idosos.	Apresentação temática do formador, valorizando o diálogo; Visionamento de power-point; Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar.	Método expositivo; Método demonstrativo e interrogativo.	Aplicação de jogo interativo no final da sessão
Recursos Materiais: Computador, projetor, ferramentas e materiais de apoio.							

Apêndice XIV - Checklist de verificação de fatores de risco físicos no domicílio

Checklist de verificação de fatores de risco físicos no domicílio

(Método Observacional)

- | | |
|--|-------------------|
| 1. O acesso à habitação é dificultado? | Sim ____ Não ____ |
| 2. Existem escadas à entrada da habitação? | Sim ____ Não ____ |
| 3. Existem escadas dentro da habitação? | Sim ____ Não ____ |
| 4. Existem degraus com diferentes tamanhos? | Sim ____ Não ____ |
| 5. As portas estão ao nível dos degraus? | Sim ____ Não ____ |
| 6. As portas são de fácil abertura e fecho? | Sim ____ Não ____ |
| 7. O chão é irregular ou escorregadio? | Sim ____ Não ____ |
| 8. Existe corrimão na banheira e escadas? | Sim ____ Não ____ |
| 9. Na banheira existe tapete antiderrapante? | Sim ____ Não ____ |
| 10. Existem móveis pela casa? | Sim ____ Não ____ |
| 11. Existem móveis ou algum acessório de apoio com rodas? | Sim ____ Não ____ |
| 12. Existem tapetes e carpetes nos locais de maior passagem? | Sim ____ Não ____ |
| 13. Existem gavetas abertas nos locais de passagem? | Sim ____ Não ____ |
| 14. Existem animais domésticos? | Sim ____ Não ____ |
| 15. A casa está devidamente arrumada? | Sim ____ Não ____ |
| 16. Existem condições de segurança na utilização da cozinha? | Sim ____ Não ____ |
| 17. Os acessórios que necessita diariamente são de fácil acesso? | Sim ____ Não ____ |
| 18. A roupa e calçado que utiliza é adequada? | Sim ____ Não ____ |
| 19. A casa de banho, encontra-se muito longe do quarto? | Sim ____ Não ____ |
| 20. Existe uma longa distância entre as divisões da habitação? | Sim ____ Não ____ |

Apêndice XV - Artigo Original

DO RISCO À PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

DEL RIESGO A LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS MAYORES

FROM RISK TO PREVENTION OF ELDERLY FALLS

Ana Patrícia Rento: Mestranda em Especialidade de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no IPP, Portalegre – ESS. Licenciada em Enfermagem com Pós Graduação em CCI na UÉESESJD e Pós Graduação em Gestão de Unidades de Saúde na ESS- IPP. Enfermeira no Serviço de Ortopedia do HSL, Elvas, Portugal. anarento89@gmail.com

Isaura Serra: PhD: Professora adjunta - Departamento de Enfermagem da UÉESESJD, Évora, Portugal.

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores de risco das quedas em idosos com mais de 65 anos de idade de uma Academia Sênior do Norte Alentejano a fim de se poder intervir na prevenção.

Métodos: Estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com participantes de um grupo de conveniência. Como instrumentos de colheita de dados foram aplicados a Escala Morse, Escala de Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, o Questionário Sociodemográfico e o Questionário de saúde SF12-v2. Foram cumpridos todos os princípios deontológicos e éticos e a confidencialidade dos dados foi assegurada, sendo os dados tratados de forma anónima e apenas utilizados e analisados para fins estatísticos e académicos.

Resultados: Evidenciou-se como problemas prioritários ao nível do risco de quedas nas pessoas idosas o baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas e os problemas de saúde físicos que limitam a realização das suas Atividades de Vida Diárias.

Conclusões: Conclui-se como prioritário a necessidade de desenvolvimento de um projeto comunitário de capacitação dos Idosos que aborde questões relacionadas com as prioridades levantadas e que envolva pareceres comunitários por forma a garantir que é aplicável este tipo de intervenções na população idosa.

Descritores: Idoso, Envelhecimento, Acidentes por quedas, Educação em Saúde

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo de caídas en los ancianos mayores de 65 años de una Academia Senior del Norte de Alentejo para intervenir en la prevención.

Métodos: Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, realizado con participantes de un grupo de conveniencia. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron la Escala Morse, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Escala de Discapacidad y Salud, el Cuestionario Sociodemográfico y el Cuestionario de Salud SF12-v2. Se han cumplido todos los principios éticos y se ha garantizado la confidencialidad de los datos, los datos se procesan de forma anónima y solo se utilizan y analizan con fines estadísticos y académicos.

Resultados: Los problemas prioritarios con respecto al riesgo de caídas en los ancianos se evidenciaron por el bajo nivel de conocimiento sobre la probabilidad de caídas y los problemas de salud física que limitan el desempeño de sus actividades de la vida diaria.

Conclusiones: La prioridad es la necesidad de desarrollar un proyecto comunitario para la capacitación de personas mayores que aborde cuestiones relacionadas con las prioridades planteadas y que implique opiniones de la comunidad para garantizar que este tipo de intervención sea aplicable a las personas mayores.

Palabras clave: Anciano, Envejecimiento, Accidentes por caídas, Educación en salud

ABSTRACT

Objective: To identify risk factors of falls in the elderly over 65 years old from senior academy in northern Alentejo in order to intervene in prevention.

Methods: Descriptive study with a quantitative approach, conducted with participants of a convenience group. The data collection instruments used were the Morse Scale, the International Classification of Functioning, Disability and Health Scale, the Sociodemographic Questionnaire and the SF12-v2 Health Questionnaire. All ethical principles have been complied with and data confidentiality has been ensured, the data being processed anonymously and only used and analyzed for statistical and academic purposes.

Results: Priority problems regarding the risk of falls in the elderly were evidenced by the low level of knowledge about the likelihood of falls and the physical health problems that limit the performance of their Daily Life Activities.

Conclusions: The priority is the need to develop a community project for the training of the elderly that addresses issues related to the priorities raised and that involves community opinions in order to ensure that this type of intervention is applicable to the elderly.

Descriptors: Elderly, Aging, Accidental Falls, Health Education

INTRODUÇÃO

Segundo o INE, entre 2011 e 2017, denota-se um decréscimo da densidade populacional, ou seja, uma diminuição do número de residentes no concelho em estudo, tendo este passado de 3136, em 2011 para 2910 no ano de 2017. Houve um ligeiro aumento da população entre os 20 e os 24 anos e um ligeiro decréscimo entre os 60 e os 64 anos. Com 65 ou mais anos viviam no concelho em 2017, 368 homens e 526 mulheres, ou seja, um total de 894 indivíduos idosos para um total de 2910 indivíduos, o que perfaz que os idosos representem 30,7% da população.¹

A prevalência de quedas na comunidade é elevada, com cerca de 1/3 dos idosos a cair na comunidade.² A queda em casa que resulta em lesão tem consequências para além da lesão física, pois gera incapacidade funcional, contribui para o aumento da dependência do idoso, e identifica-se como uma das principais causas de institucionalização.³

As quedas têm um grande impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade. Segundo a DGS, a OMS indica que os fatores de risco associados às quedas podem ser causados por diversos fatores e refletem dessa forma a variedade de determinantes da saúde que afetam de forma direta ou indireta o bem-estar da pessoa em causa.⁴

Pode-se considerar que é relevante ter conhecimento sobre o quotidiano dos idosos para que dessa forma possamos monitorizar aqueles que já sofreram quedas, verificando as situações de risco que provocam a ocorrência das mesmas, para que posteriormente se possa caracterizar a realidade e identificar as necessidades sentidas, fragilidades e debilidades dos idosos.⁵

Ao conhecer o quotidiano e as dificuldades sentidas permite-nos ter uma maior margem de manobra para que posteriormente se possam planear intervenções por forma a atuar na prevenção das quedas nos idosos. Pois uma assistência planeada, baseada na realidade física, ambiental e social permitirá benefícios para os idosos, família e comunidade.⁵

O primeiro passo para a prevenção das quedas é fazer uma avaliação do risco, sendo que no caso de ocorrer uma queda é essencial compreender o mecanismo que levou a esse acontecimento, pois a etiologia multifatorial da queda pode levar à descoberta de um problema de saúde que ainda não foi identificado.⁶

A queda pode ser vista como uma consequência de algumas patologias neurológicas, doenças crónicas, efeitos do próprio envelhecimento, mas mais do que uma queda, este é um fenómeno que assume uma complexidade tal que atualmente a tornam uma síndrome geriátrica.⁶

Tendo em conta o referido anteriormente este estudo teve como objetivo: Identificar os fatores de risco das quedas em idosos com mais de 65 anos de idade de uma Academia Sénior do Norte Alentejano a fim de se poder intervir na prevenção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com participantes de um grupo de conveniência.

A população alvo é constituída por 30 idosos com mais de 65 anos de idade de uma Academia Sénior. Como critérios de inclusão foram definidos:

- ❖ Alunos da Academia Sénior;
- ❖ Alunos com mais de 65 anos de idade;
- ❖ Pelo menos 30 alunos inscritos para a realização do Projeto;
- ❖ Alunos com interesse em participar no Projeto.

Durante a realização do presente estudo e para salvaguarda dos dados obtidos e do anonimato dos participantes foi entregue o consentimento informado, livre e esclarecido a todos os participantes, os quais receberam uma cópia do mesmo. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada. Foi obtida autorização para realização do estudo à coordenadora da Academia Sénior para tratamento de dados com os seus alunos e obtida a autorização ao autor do questionário de Saúde SF12-v2 utilizado como instrumento de colheita de dados. A confidencialidade foi assegurada, os dados tratados de forma anónima e apenas utilizados e analisados para fins estatísticos e académicos.

A colheita de dados foi feita com a aplicação de um Questionário Sociodemográfico para identificação da população alvo, aplicação da Escala de Morse a fim de conseguir identificar qual o risco de queda dos participantes, aplicação da Escala de CIF (Classificação Internacional do Funcionamento Incapacidade e Saúde) a qual fornece a informação da autoperceção do participante sobre a sua capacidade ou limitações para a realização das suas tarefas diárias e a aplicação do Questionário de Saúde SF12 -v2, o qual nos fornece para além da funcionalidade o estado de saúde mental e físico dos participantes, sempre na ótica da autoperceção dos mesmos.

Os instrumentos de colheita de dados foram entregues em mão aos 30 alunos da Academia Sénior, onde foi assinado o consentimento informado, livre e esclarecido supracitado. Todos os questionários e escalas foram de autopreenchimento.

A aplicação do questionário sociodemográfico pretende fazer uma análise mais detalhada da população alvo, bem como alguns dados de saúde, como por exemplo a utilização de dispositivos de audição e visão, bem como a toma de medicação diária.

O Questionário SF12-v2 é um questionário de saúde desenvolvido nos Estados Unidos da América. Encontra-se já validado para vários países em mais que um continente (inclusive para a língua portuguesa). É composto por 12 perguntas foca-se em duas vertentes: saúde física e saúde mental. Cada vertente possui 6 questões.⁷

Janice Morse, autora da Escala de Quedas de Morse, iniciou a construção da escala num projeto piloto em 1985, tendo passado por várias fases da construção desta até 1989.⁸ É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos.

A Classificação Internacional de Funcionalidade é um sistema de classificação que descreve a situação de cada pessoa no seu contexto de vida. A CIF “...permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições e serve como enquadramento para organizar esta informação. Ela estrutura a informação de maneira útil, integrada e facilmente acessível.”⁹ Tem como opções de resposta assinalar um número de 0 a 4, sendo que cada número corresponde: 0 – sem dificuldade; 1- a maioria das vezes; 2- com alguma dificuldade; 3- com muita dificuldade; 4 – é incapaz.

O tratamento de dados foi feito através do procedimento descritivo em programa digital “Formulários google”.

Foram sentidas algumas limitações que vão de encontro à dificuldade em conseguir reunir os 30 alunos, uma vez que após os critérios de inclusão/exclusão limitaram a amostra, pois muitos dos alunos têm menos de 65 anos de idade e alguns deles que se enquadram no estudo não frequentam todas as aulas e não estão disponíveis todos os dias, bem como a resposta aos instrumentos de colheita de dados que é feita apenas pela autoperceção do Idoso.

RESULTADOS

Após aplicação do Questionário de Caracterização Sociodemográfica, conseguiu-se verificar que existem 40% de alunos do sexo masculino e 60% dos alunos do sexo feminino, sendo que se distribuem por diferentes idades, desde os 65 anos até aos 79 anos.

Também foram avaliadas as variáveis peso e altura, sendo que ambas podem ser limitadoras da mobilidade do idoso, sendo portanto potenciadoras da ocorrência de quedas. Desta forma, verifica-se que relativamente à variável peso se distribui desde os 55Kg até aos 95Kg, sendo que a maior concentração de indivíduos se encontra nos 64Kg e nos 70Kg. Já no que se respeita à variável altura, ela encontra-se entre 1,49m e 1,77m, sendo que a concentração máxima de alunos se encontra no 1,60m.

Através dos dados obtidos anteriormente, foi possível elaborar uma tabela onde se calculou o IMC de cada aluno da Academia Sénior, tendo em conta a tabela de classificação de obesidade da Organização Mundial de Saúde. Como se pode verificar na tabela 1 abaixo elaborada a população alvo, distribuída por sexo e idade, e atendendo ao peso e altura foi calculado o IMC através da formula recomendada ($IMC = peso/altura^2$) e fornecida a sua devida classificação de acordo com o estipulado pela OMS.

Tabela 1 – IMC da população alvo
Fonte: Construção Própria

Sexo	Idade	Peso (Kg)	Altura (m)x2	IMC	Classificação
Masculino		67	62	3,1329	19,7899 PESO NORMAL
Feminino		71	87	2,2801	38,1562 OBESIDADE GRAU I
Masculino		66	95	3,1329	30,3233 OBESIDADE GRAU I
Feminino		71	Sem resposta	2,2801	Sem resultado Sem resultado
Feminino		68	64	2,2201	28,8275 PRÉ-OBESIDADE
Feminino		67	62	2,6896	23,0749 PESO NORMAL
Masculino		71	76	2,89	26,2975 PRÉ-OBESIDADE
Masculino		75	67	2,7225	24,6097 PESO NORMAL
Masculino		67	63	2,7225	23,1404 PESO NORMAL
Masculino		77	63	2,56	24,6093 PESO NORMAL
Masculino		78	96	2,8224	34,0136 OBESIDADE GRAU I
Masculino		73	64	2,6244	24,3865 PESO NORMAL
Feminino		76	71	2,3409	30,33 OBESIDADE GRAU I
Feminino		78	55	2,25	24,444 PESO NORMAL
Feminino		70	68	2,7556	24,677 PESO NORMAL
Masculino		70	64	2,4336	26,2984 PRÉ-OBESIDADE
Feminino		71	80	2,56	31,25 OBESIDADE GRAU I
Masculino		68	75	2,89	25,9515 PRÉ-OBESIDADE
Masculino		68	70	Sem resposta	Sem resultado Sem resultado
Feminino		74	66	2,4336	27,1203 PRÉ-OBESIDADE
Feminino		70	86	2,3104	37,2229 OBESIDADE GRAU II
Feminino		65	71	2,5921	27,3909 PRÉ-OBESIDADE
Feminino		67	70	2,56	27,3437 PRÉ-OBESIDADE
Feminino		75	70	2,56	27,3437 PRÉ-OBESIDADE
Feminino		76	58	2,5921	22,3756 PESO NORMAL
Feminino		79	59	2,3716	24,8777 PESO NORMAL
Feminino		69	61	2,25	27,1111 PRÉ-OBESIDADE
Feminino		67	59	2,56	23,0468 PESO NORMAL
Feminino		70	54	2,25	24 PESO NORMAL
Masculino		69	92	2,9929	30,7394 OBESIDADE GRAU I

Após análise dos dados colhidos na tabela pode-se verificar que não foi possível obter dois resultados por falta de resposta de peso e altura, respetivamente. Verifica-se assim que dos 30 alunos em estudo, existem 12 alunos que se encontram dentro do peso normal, 9 alunos encontram-se em pré-obesidade, 6 alunos em obesidade grau I e 1 aluno já se encontra classificado como obesidade grau II. Desta forma, verifica-se que num total, entre pré-obesidade e obesidade já se encontram 16 alunos, o que significa que este pode ser um dos fatores que limitam a sua mobilidade e consequente qualidade de vida, podendo desta forma daqui advir uma maior probabilidade para a ocorrência de quedas, sendo assim um fator de extrema importância a desenvolver para que o risco destas diminua.

Uma vez que os alunos incluídos na amostra tinham como critérios de inclusão uma idade superior aos 65 anos, todos se encontram reformados/aposentados, no entanto foi colocada a questão sobre qual a sua profissão, uma vez que o trabalho realizado ao longo das suas vidas pode influenciar positiva ou negativamente a sua mobilidade/funcionalidade atual. O intuito da questão colocada seria qual a profissão que exerciam anteriormente, no entanto, e sendo o questionário de autopreenchimento, muitos dos alunos não entenderam a questão dessa forma, verificando-se um maior número de respostas como “reformado/a”, verifica-se também que existem alunos de diversas categorias profissionais e com um grau de escolaridade diferente.

No que respeita ao estudo do risco de quedas e para trabalhar na sua prevenção, é necessário tomar atenção a todos os fatores, tanto os fatores intrínsecos como os fatores extrínsecos, desta feita, foram avaliados também a utilização de dispositivos de visão e de audição, bem como a toma diária de medicação e se sim qual. Verifica-se então que 93,3% dos alunos da Academia Sénior utilizam dispositivos de visão, correspondendo quase à sua totalidade e 13,3% dos alunos utilizam dispositivos de audição. Relativamente à toma diária de medicação, 83,3% dos alunos referem tomar medicamentos diariamente.

Após análise de conteúdo da medicação registada pelos alunos da Academia Sénior no questionário aplicado, foi possível verificar que os grupos terapêuticos que mais se distinguiram foram o grupo dos medicamentos anti-hipertensores, o grupo das estatinas e o grupo da insuficiência cardíaca. De seguida os grupos que mais se destacaram, embora com menos percentagem foram os grupos dos medicamentos antidiabéticos orais e os medicamentos utilizados para o tratamento da depressão/ansiedade. São assim estes os grupos que mais relevância têm, pois

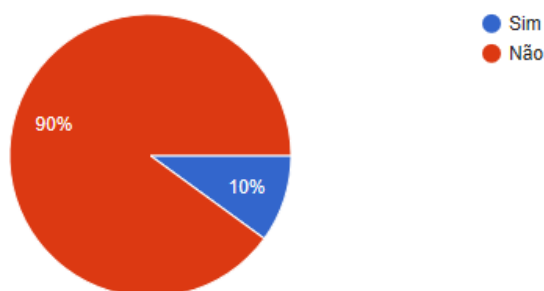
afetam a maior parte da população alvo e podem vir a ter interferência na ocorrência de quedas no domicílio. Na tabela 2, abaixo elaborada encontram-se definidos os grupos e as suas percentagens.

Tabela 2 – Divisão de medicação por grupo terapêutico
Fonte: Construção própria

Grupo Terapêutico	% de alunos
Anti- Hipertensores	12
Anti- Diabéticos Orais	9
Anticoagulantes	3
Ansiedade/depressão	6
Protetores gástricos	3
Estatinas	10
Osteoporose	2
Insuficiência cardíaca	10
Diuréticos	2
Hiperuricémia	1
Analgésicos	1

Quando questionados sobre a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses apenas 10% respondeu que sim, sendo que as mesmas foram sem sequelas.

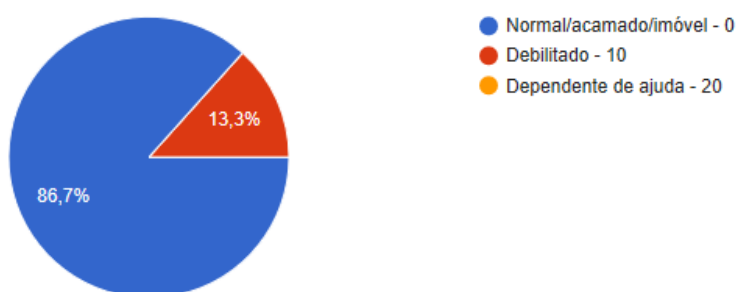
Gráfico 1 – Ocorrência de quedas nos últimos 12 meses nos alunos da Academia Sénior
Fonte: "Formulários Google"



Ao aplicar a Escala Morse aos alunos da Academia Sénior verificou-se que nos últimos três meses apenas 6,7% dos alunos têm um historial de quedas, sendo que 93,3% não tiveram qualquer queda, considerada como tal. No que se respeita aos diagnósticos secundários já se verifica que 33,3% dos alunos têm diagnósticos secundários, ou seja, mais do que um diagnóstico e que 66,7% não refere ter diagnósticos secundários.

No item “ajuda para caminhar” e “terapia intravenosa” todos referem que, no que respeita ao primeiro item não têm “Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas”, e no segundo, respetivamente referem não ter terapia intravenosa no domicílio. Já no item postura no andar e na transferência 13,3% dos alunos referiram sentir-se “debilitados”. No que respeita ao estado mental, 3,3% dos alunos referem que por vezes se esquecem das suas limitações atuais.

Gráfico 2 – Postura no andar e nas transferências
Fonte: “Formulários Google”



Com a aplicação da Escala CIF conseguiu-se verificar que 3,3% dos alunos referem conseguir realizar a sua rotina diária de forma autónoma a maior parte das vezes e 3,3% sentem alguma dificuldade. Relativamente à pergunta “É capaz de se ajoelhar e de se levantar do chão sozinha/o?” 23,3% dos alunos não conseguem realizar a tarefa sem qualquer dificuldade.

Relativamente às questões “É capaz de levantar e transportar um garrafão de água, ou uma criança ao colo?” e “É capaz de andar cerca de 1km por diferentes locais como, areia, relva, cascalho, contornando obstáculos?” as dificuldades sentidas foram mais evidentes, correspondendo a um total de 30% e 43,3%, respetivamente.

No que se respeita à capacidade para se deslocar, subir e descer degraus dentro e fora de casa 3,3% referem incapacidade e os restantes 20% referem dificuldades de diferentes níveis. No que se refere à utilização de transportes públicos, 3,3% também referem incapacidade, enquanto que 6,7% referem dificuldade de diferentes níveis.

No que diz respeito ao seu autocuidado, como lavar a cara, dentes, cabelo e genitais sozinhos apenas 3,3% referem incapacidade e 3,3% já referem que conseguem a maior parte das vezes, mas não sempre. Na atividade calçar os sapatos sozinho todos referem realizar a tarefa sem dificuldade.

Na atividade planejar e fazer compras para o seu dia-a-dia e realizar as tarefas de lida da casa de forma autónoma apenas 10% referem sentir algumas dificuldades mas ninguém se referiu incapaz. Já na capacidade de auxiliar um familiar nas tarefas do seu dia-a-dia, como alimentação, comunicação e deslocação 10% referem que a maior parte das vezes consegue e 10% referem ter alguma dificuldade. No que se refere à participação em atividades de lazer que lhe sejam relevantes de forma autónoma, cerca de 3,3% referem sentir alguma dificuldade e 13,3% referem que conseguem participar a maioria das vezes.

Já nas competências gerais verifica-se um aumento das dificuldades sentidas na realização das tarefas, sendo que no que diz respeito à capacidade de realizar duas tarefas aos mesmo tempo, 20% dos alunos respondem a maioria das vezes e 6,7% referem sentir alguma dificuldade. Na utilização de dispositivos de comunicação 3,3% dos alunos referem incapacidade sendo que 26,7% referem sentir dificuldades de outros níveis. Na capacidade de conduzir um veículo de forma autónoma num trajeto desconhecido percebe-se que 23,3% referem incapacidade e 6,7% refere que realiza a tarefa a maioria das vezes.

No que diz respeito às competências específicas, na capacidade de interpretação 16,7% dos alunos referem sentir algumas dificuldades, já na pergunta que corresponde à capacidade de tomar a medicação de forma autónoma e controlar a sua alimentação pode-se verificar que 3,3% dos alunos sentem alguma dificuldade e 3,3% sentem muita dificuldade.

No parâmetro sociabilidade da escala CIF, ao serem questionados sobre a sua capacidade de lidar com tarefas de responsabilidade quando se sentem ansiosos 20% responde que a maioria das vezes é capaz e 3,3% referem-se incapazes. Na pergunta relativamente à capacidade de manter e finalizar uma conversa com várias pessoas em grupo, 13,3% responderam que conseguiam realizar a tarefa a maioria das vezes e 3,3% sente alguma dificuldade. Na pergunta que causou mais impacto que se refere à capacidade de estabelecer e manter relações amorosas e/ou íntimas as respostas foram múltiplas.

Na pergunta “É capaz de participar ativamente em aspetos da vida social que lhe são relevantes? (Ex. Associações, clubes, casamentos, batizados, festas)” as respostas dos alunos foram maioritariamente positivas, ou seja, 83,3% não demonstram dificuldade, no entanto, 13,3% referem realizar esta tarefa a maioria das vezes e 3,3% com alguma dificuldade.

Relativamente ao parâmetro manipulação e manuseio avaliado pela escala CIF, apenas 6,7% sentem alguma dificuldade na capacidade de apanhar uma agulha ou uma moeda se estiverem em

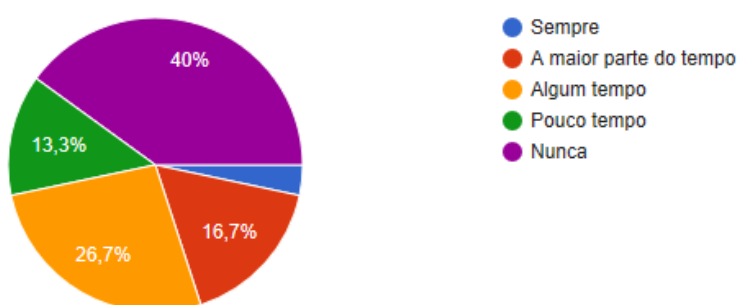
cima de uma mesa e na capacidade de se deslocar dentro e fora da sua casa com um produto de apoio, se necessário as respostas também foram múltiplas.

Com a aplicação do Questionário de Saúde SF 12- v2, foram questionados sobre o que diriam da sua saúde em geral, verificando-se que 46,7% considera a sua saúde Boa.

Na questão onde se verifica se o seu estado de saúde o limita na realização das suas atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa, 50% dos alunos não se sentem nada limitados e dentro dos outros 50%, 26,7% encontram-se um pouco limitados e 23,3% encontram-se muito limitados.

Quando questionados se o seu estado físico ou emocional interferia nas realização das suas atividades de vida, relativamente ao estado físico 40% respondem que nunca interfere, 16,7% que a maior parte do tempo interfere, 26,7% que algum tempo interfere, 13,3% que interfere pouco tempo e apenas 3,3% respondem que interfere sempre. Já no que respeita ao seu estado emocional 36,7% respondem que nunca interfere mas existe uma maior percentagem que refere interferir sempre, sendo esta de 6,7%.

Gráfico 3 – Estado físico interfere na realização das suas AVD
Fonte: “Formulários Google”



Ao longo do questionário também foram colocadas questões relacionadas com a dor, com o estado de espírito, com a ansiedade e com o nível de energia que o aluno sentiu. Verificando-se que 43,3% dos participantes referem que a dor não interfere absolutamente nada, 20% que interfere um pouco, 13,3% moderadamente, 16,7% bastante e 6,7% referem que a dor interfere bastante com o seu trabalho normal.

Ao fazer a análises dos dados demonstrados pode-se verificar que nas últimas quatro semanas os alunos da Academia Sénior sentiram-se mais tempo tranquilos e calmos e com muita energia do que deprimidos, embora ainda conste que 13,3% dos alunos se sentiram sempre deprimidos. Pode verificar-se desta forma que a atividade social também tem um papel fundamental para melhorar o estado de saúde, e quando questionados sobre se esta ficou limitada devido ao estado de saúde ou emocional as respostas foram maioritariamente positivas, referindo 63,3% dos alunos que esta nunca fica limitada, 13,3% que fica apenas um pouco, 20% dos alunos algum tempo e apenas 3,3% os afeta a maior parte do tempo. Embora sejam em menor número os alunos em que o seu estado de saúde ou emocional afetam a sua atividade social, é necessário intervir nesta pequena parte e prevenir os restantes para que os valores não tendem a aumentar, assim como em todas as outras atividades.

Com a aplicação da Escala de Morse foi possível obter o score de risco de quedas a que cada aluno da Academia Sénior estava exposto naquele momento atual em que a escala foi aplicada.

Através da aplicação da Escala CIF aos alunos da Academia Sénior, conseguiram-se obter resultados no que respeita ao grau de capacidade de realizar tarefas, que implica diretamente na sua funcionalidade. Esta é uma das escalas também utilizadas no âmbito hospital e na comunidade, por forma a conseguir obter resultados que nos consigam fornecer uma leitura mais rápida e eficaz da capacidade funcional de cada indivíduo.

Com a aplicação do Questionário do estado de saúde SF12v2, conseguiram-se reunir alguns dados importantes sobre a perceção dos alunos relativamente à sua saúde e estado de espírito e a implicação que estes têm na realização das suas AVD (Atividades de Vida Diárias).

DISCUSSÃO

À escala mundial, sendo que Portugal não é exceção, “a população idosa é predominantemente composta por mulheres porque estas tendem a viver mais do que os homens.”¹

Importante realçar que “a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013, e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050, sendo expectável que este rácio aumente moderadamente nas próximas décadas, refletindo uma melhoria ligeiramente mais rápida na esperança de vida dos homens nas idades avançadas.”¹

Em Portugal acentua-se o envelhecimento demográfico, “em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, verificou-se em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade), constando que estamos perante uma população tendencialmente envelhecida.”¹

As quedas têm um grande impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade. Os fatores de risco associados às quedas podem ser causados por diversos fatores e refletem dessa forma a variedade de determinantes da saúde que afetam de forma direta ou indireta o bem-estar da pessoa em causa.¹⁰

A amostra selecionada vai de encontro a outras amostras utilizadas em estudos similares, os quais relatam tanto o risco de queda, como a sua prevalência e a sua implicação na qualidade de vida dos Idosos que vivem em comunidade.

Verifica-se que os comportamentos e práticas dos idosos para a prevenção das quedas são pobres, pois não existe uma cultura de segurança por parte dos idosos em relação à prevenção das quedas, deixando assim uma oportunidade de intervenção dos enfermeiros na área da educação para a saúde.⁵

As quedas nos idosos contribuem diretamente para o seu declínio funcional, aumentando consequentemente a sua dependência e as suas complicações associadas, o que torna necessário a identificação de outros fatores de risco para além dos biofisiológicos, nomeadamente fatores de risco comportamentais para se poder perceber a natureza multifatorial das quedas e implementar ações no âmbito da promoção da saúde visando a mudança de comportamentos, tanto dos idosos como dos profissionais de saúde, capacitando e responsabilizando os idosos pela sua saúde, com o objetivo de prolongar a autonomia do idoso.⁶

A interação entre as mudanças físicas e biológicas durante o processo de envelhecimento juntamente com os riscos comportamentais e ambientais, aumenta o risco de ocorrência de quedas. Assim tanto o ambiente externo como o interno oferecem desafios e riscos e consequentemente a diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida.⁶

As intervenções multifatoriais são eficazes e recomendadas na prevenção de quedas na comunidade e todos devem abordar a promoção da saúde, consciencializar sobre os fatores de risco e informar sobre estratégias para prevenir.¹¹

CONCLUSÕES

Desta forma, após a análise dos dados colhidos identificaram-se os seguintes problemas:

1. Baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas;
2. Polimedicação;
3. Excesso de peso;
4. Problemas de saúde físicos que limitam a realização das AVD;
5. Problemas de saúde emocionais que limitam a realização das AVD;
6. Co-morbilidades associadas à idade (pessoas com > 65anos).

Após a análise detalhada e tendo em conta a população alvo e os dados observados ao longo da aplicação do estudo, dos sete problemas iniciais foram destacados dois problemas prioritários, sendo estes:

- ❖ Baixo nível de conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de quedas;
- ❖ Problemas de saúde físicos que limitam a realização das AVD;

Perante os resultados obtidos e a realidade constatada através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados verifica-se que se torna pertinente o desenvolvimento de um projeto de capacitação que aborde questões relacionadas com as prioridades levantadas e que envolva pareceres comunitários por forma a garantir que é possível de aplicar este tipo de intervenções na população idosa, não só do concelho em estudo como em todo o País.

O projeto a desenvolver deve visar áreas como o aumento de conhecimentos dos idosos sobre a prevenção das quedas no domicílio e no exterior, promover a prática de exercício físico a fim de aumentar a mobilidade, identificar e sugerir alterações das barreiras arquitetónicas existentes no domicílio e no exterior, por forma a capacitar os idosos, mantendo-os o máximo de tempo possível com as suas capacidades e aumentar consequentemente a sua qualidade de vida.

Justificou-se assim a necessidade de intervenção comunitária ao nível da prevenção das quedas, definindo como título do estudo “Do risco à prevenção de quedas no Idoso”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE. (2015) Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia 2015. Lisboa. Consultado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2 a 15 de Dezembro de 2019
2. Mitchell SE, Aitken SA, Court-Brown CM. The epidemiology of fractures caused by falls down stairs. ISRN Epidemiol [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Abr 20]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/370340/>
3. Baixinho CL, Dixe MA. Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Abr 28];17(4):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>
4. DGS. 2019. Qualidade e Segurança dos doentes – Quedas. Lisboa. Consultado em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/quedas.aspx> a 15 de Dezembro de 2019
5. Vieira KFL, Baía RV, Lucena ALR de et al. - PREVALÊNCIA E PREOCUPAÇÃO COM O RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS. Artigo Original, 2017. ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201714
6. Oliveira, T., Baixinho, C. & Henriques, M. – Risco Multidimensional de queda em idosos. Artigo Original, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.705
7. Gandek, B., Ware, JE., Aaronson, NK., Apolone, G., Bjorner, JB., Brazier, JE., Bullinger, M., Kaasa, S., Lepke, A., Prieto, L., Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. Journal of Clinical Epidemiology, 51(11): 1171-1178.
8. JP, Ferreira, 2013. Manual de Utilização, Escalas de Quedas de Morse. Consultado em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9411/1/manual%20Vfinal.pdf> a 14 de Janeiro de 2020
9. DGS, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa. 2004
10. DGS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017, Norma nº 026/2013, Dezembro de 2013

11. Coimbra V, Marques E, Requeijo C & Saraiva, R. - Community Intervention in Elderly Population: a Fall Prevention Project. Artigo original. International Archives of Medicine, 2018. Vol. 11 No. 21 doi: 10.3823/2562